

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Pedagogická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Hana KODETOVÁ

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Pedagogická fakulta

Katedra Speciální pedagogiky

**Využívání konceptu Bazální stimulace
v České republice**

Use of the concept of Basal stimulation
in the Czech Republic

Vedoucí diplomové práce:	PhDr. Mgr. Pavlína Šumníková, Ph.D.
Autor diplomové práce:	Bc. Hana Kodetová
Studijní obor:	Speciální pedagogika
Forma studia:	kombinovaná
Diplomová práce dokončena:	duben, 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Využívání konceptu Bazální stimulace v České republice“ vypracovala samostatně, na základě vlastního zjištění a materiálů uvedených v seznamu použité literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím s případným zveřejněním své diplomové práce v tištěné nebo elektronické podobě.

V Kňovicích dne 20. 4. 2013

.....

Bc. Hana Kodetová

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce PhDr. Mgr. Pavlíně Šumníkové, Ph.D. za odborné konzultace a ochotu při vedení této práce.

Současně děkuji všem pracovníkům zařízení, ve kterých bylo vykonáváno terénní šetření pro diplomovou práci za ochotu a věnovaný čas při naší spolupráci.

Abstrakt

Cílem diplomové práce „Využívání konceptu Bazální stimulace v České republice“ je zmapování využívání konceptu Bazální stimulace v sedlčanském regionu v oblastech zdravotnictví, sociálních služeb a školství. Vzhledem k prokazatelnosti přínosu této metody práce zjišťuje důvody jejího nevyužívání a návrhy, jak by bylo možné využívání této metody podpořit. Dílčím cílem je zjištění důvodů nevyužívání konceptu Bazální stimulace ve zkoumaných zařízeních, či neproškolení všech zaměstnanců pracujících s klienty, pacienty či žáky v přímé péči. Součástí mé práce je dotazníkové šetření se zaměstnanci výše jmenovaných typů zařízení, týkající se Bazální stimulace.

Klíčová slova: koncept Bazální stimulace, zdravotní postižení, kvalita života, vzdělávání, INSTITUT Bazální stimulace, dotazníkové šetření

Abstract

The goal of the diploma thesis „Use of the concept of Basal stimulation in the Czech republic“ is mapping using of the concept of Basal stimulation in sedlčanský region in the areas of the health, social services and education. Due to the demonstrability benefit of this method of working, diploma thesis finds reasons for her non-use and suggestions, how it would be possible encourage the use of this method. Sub-goal is to find of the reasons non-using of the concept of Basal stimulation in the surveyed facilities or untrained employees, who are working with the clients, patients or pupils in the direct care. Thesis component is a questionnaire inquiry with the staff of the above cited types of the organizations on Basal stimulation.

Keywords: concept of Basal stimulation, disability, quality of life, education, Institute of Basal stimulation, questionnaire inquiry

OBSAH

1. Úvod.....	9
2. Cíle a metodika práce.....	11
2.1. Předmět práce.....	11
2.2. Cíle práce.....	11
2.3. Výzkumné otázky.....	12
2.4. Metody práce.....	12
2.4.1. Dotazník a jeho konstrukce.....	16
2.4.2. Konstrukce vlastního dotazníku.....	19
3. Zdravotní postižení.....	20
3.1. Mentální retardace.....	20
4. Kvalita života.....	23
5. Výchova a vzdělávání osob s postižením.....	25
5.1. Výchova a vzdělávání dětí s postižením v raném a předškolním věku.....	25
5.2. Výchova a vzdělávání dětí s postižením ve školním věku.....	27
5.3. Vzdělávání dospělých osob s postižením.....	29
6. Koncept Bazální stimulace.....	32
6.1. Historie konceptu Bazální stimulace.....	32
6.2. O konceptu Bazální stimulace.....	33
6.2.1. Oblasti podpory Bazální stimulace.....	36
6.2.2. Cíle a principy Bazální stimulace.....	36
6.2.3. Komunikace a význam doteku v konceptu Bazální stimulace.....	38
6.2.3.1. Dotek jako významný prvek v konceptu Bazální stimulace.....	39
6.2.3.2. Komunikace s osobami s postižením.....	40
6.3. INSTITUT Bazální stimulace.....	42
6.4. Poškození konceptu Bazální stimulace.....	45
6.5. Příklady možného využití konceptu Bazální stimulace.....	46
6.5.1. Bazální stimulace u klientů s diagnózou perzistentního vegetativního stavu.....	47
6.5.2. Bazální stimulace na dětské resuscitační jednotce.....	49
6.5.3. Bazální stimulace u nedonošeného miminka.....	50
6.5.4. Bazální stimulace v ZŠ a MŠ speciální.....	52
6.5.5. Bazální stimulace v logopedické péči.....	53

7. Koncepty související s konceptem Bazální stimulace.....	54
7.1. Baby masáže.....	54
7.2. Bazální komunikace.....	56
7.3. Polohování.....	56
7.4. Senzomotorická stimulace.....	57
7.5. Snoezelen.....	57
8. Terénní šetření.....	60
8.1. Cíle terénního šetření.....	60
8.2. Metody práce.....	60
8.3. Zařízení na Sedlčansku.....	61
8.3.1. Nalžovický zámek, p. s. s.....	65
8.3.2. Domov Svatý Jan, p. s. s.....	65
8.3.3. Mela, o. p. s.....	65
8.3.4. Gerimed, a. s.....	66
8.3.5. Domov důstojného stáří Harmony.....	66
8.3.6. Domov seniorů Sedlčany.....	67
8.3.7. Mediterra Sedlčany, s. r. o.....	67
8.3.8. 1. základní škola Sedlčany.....	67
8.3.9. 2. základní škola Sedlčany.....	68
8.3.10. 3. základní škola Sedlčany.....	68
8.3.11. Základní a mateřská škola Vysoký Chlumec.....	69
8.3.12. Základní škola Jesenice u Sedlčan.....	69
8.3.13. Základní škola Petrovice.....	69
8.3.14. Základní škola a dětský domov Přestavlky.....	69
8.4. Dotazníkové šetření.....	70
8.4.1. Tematické okruhy otázek.....	71
8.4.2. Vyhodnocení dotazníkového šetření.....	71
8.4.3. Praktické šetření.....	71
8.4.4. Informace získané z INSTITUTU Bazální stimulace.....	81
8.4.5. Závěry plynoucí z provedeného šetření.....	81
8.4.5.1. Závěr šetření v zařízeních využívající koncept Bazální stimulace.....	82
8.4.5.2. Závěr šetření v zařízeních nevyužívající koncept Bazální stimulace.....	83
9. Závěr.....	84

10. Shrnutí.....	88
11. Seznam použitých zdrojů.....	90
12. Seznam příloh.....	95

1. ÚVOD

Téma Využívání konceptu Bazální stimulace v České republice jsem si vybrala proto, že jsem v posledních třech letech prošla základním a nástavbovým kurzem Bazální stimulace a využívám ji při své práci s dospělými osobami s mentálním a kombinovaným postižením v chráněném bydlení.

Své šetření jsem provedla na Sedlčansku, které je samostatným správním obvodem s 22131 obyvateli (Český statistický úřad Středočeský kraj 2010: [online]), protože v tomto regionu žiji a pracuji. Sedlčany jsou obcí s rozšířenou působností ve Středočeském kraji, ve kterém sousedí se čtyřmi správními obvody – Příbram, Dobříš, Benešov a Votice. Z Jihočeského kraje sousedí s dvěma správními obvody – Milevsko a Tábor.

Koncept Bazální stimulace je v současné době velmi diskutovaným tématem a aktuálně jsou zkoumány možnosti jeho využití v různých oborech – speciální pedagogika a všechny její podobory (mentální a kombinované postižení, zrakové, sluchové a tělesné postižení, logopedie, autismus, poruchy učení a chování), sociální služby pro osoby se zdravotním postižením i pro seniory, psychiatrie, medicína a ošetrovatelství, proto jsem na toto téma zaměřila svou práci. Přínos konceptu Bazální stimulace je již prokázán, a proto má práce zjišťuje důvody jejího nevyužívání a návrhy, jak by bylo možné využívání této metody podpořit.

Ve své práci popisuji možnosti využití konceptu Bazální stimulace ve výše uvedených oborech. Provedu šetření se zařízeními na Sedlčansku, čímž zmapuji, která zařízení využívají koncept Bazální stimulace a která ne. Dále provedu dotazníková šetření, která se budou týkat toho, zda zařízení, která koncept využívají, považují Bazální stimulaci za užitečnou a zda zařízení, která koncept nevyužívají, znají Bazální stimulaci a plánují s ní do budoucna začít pracovat nebo ji považují za drahou, či neužitečnou aj. Ve své práci vysvětluji základní pojmy týkající se tématu mé práce, např. mentální postižení, kvalita života atd. Uvádím zde také oblast vzdělávání, protože dnes je vzdělávání

celoživotním procesem a právě koncept Bazální stimulace umožňuje i osobám s těžkým postižením poznávání nového, vzdělávání se, a proto je toto téma od mé práce neodlučitelné a dovoluje nám vidět věci v souvislostech.

Má práce má pomoci zmapovat využívání konceptu Bazální stimulace v České republice, se zaměřením dotazníkového šetření na sedlčanský region v oblastech zdravotnictví, sociálních služeb i školství. Běžně bývá znám počet zařízení, která mají v konceptu Bazální stimulace proškolené všechny zaměstnance. Již méně jsou však známa zařízení, která mají v tomto konceptu proškolených pouze několik zaměstnanců, a také nejsou známy důvody neproškolení těchto některých či všech zaměstnanců, proto se ve své práci zaměřuji na zmapování této oblasti a nalezení nových možností, jak informovat zařízení a širší veřejnost v České republice o užitečnosti konceptu Bazální stimulace, a zároveň podat návrhy, jak řešit nevyužívání konceptu Bazální stimulace v některých zařízeních, i přes jeho potvrzenou užitečnost pro klienty, pacienty či žáky.

Toto téma jsem si zvolila, protože absolvováním kurzů Bazální stimulace shledávám tento koncept velice užitečným při práci s osobami s mentálním a kombinovaným postižením, a také vidím výhodu ve své znalosti sedlčanského regionu a místních organizací, které pracují v oblasti školství, sociálních služeb či zdravotnictví.

2. CÍLE A METODIKA PRÁCE

2.1. Předmět práce

Předmětem mé práce je využívání konceptu Bazální stimulace u dětí i dospělých osob se zdravotním postižením, vážně nemocných či po úrazech, s psychiatrickou diagnózou a u seniorů. Ve svém šetření jsem se zaměřila na zařízení sociálních služeb, zdravotnická a školská zařízení, která se nacházejí v sedlčanském regionu a zmapování využívání konceptu Bazální stimulace.

Pozornost budu věnovat především tomu, zda zařízení využívající tento koncept, jsou s jeho metodami a principy spokojeni a zda zařízení, která tento koncept využívají pouze částečně, či vůbec plánují zaměstnance v této oblasti vzdělávat či nikoliv a proč.

2.2. Cíle práce

Hlavním cílem mé diplomové práce je zmapování využívání konceptu Bazální stimulace v oblasti školství, zdravotnictví i sociálních služeb v České republice se zaměřením na sedlčanský region, ve kterém bude šetření provedeno. Vzhledem k prokazatelnosti přínosu této metody by má práce měla zjistit důvody jejího nevyužívání s návrhy, jak by bylo možné využívání této metody podpořit. Na základě hlavního cíle je stanoven dílčí cíl, kterým je zjištění, jaké jsou důvody nevyužívání konceptu Bazální stimulace ve zkoumaných zařízeních.

Otázkou je, zda je v České republice rozšířeno povědomí o tom, co koncept Bazální stimulace přináší a v jakých oborech ho lze využít.

Vyjevuje se zde také otázka, zda je absolvování kurzu konceptu Bazální stimulace všemi zaměstnanci pro zařízení finančně přijatelné, či nikoliv.

Pokusím se proto zodpovědět, zda je absolvování kurzu konceptu Bazální stimulace pro zařízení sociálních služeb, zdravotnická a školská zařízení důležité, či nikoliv a proč.

2.3. Výzkumné otázky

Výzkumné otázky diplomové práce:

1. Koncept Bazální stimulace je rozšířen a používán ve školství, zdravotnictví i sociální sféře.
2. Školení v Konceptu Bazální stimulace je pro zařízení finančně přijatelné.
3. Zařízení (školská, zdravotnická i sociální) považují práci s konceptem Bazální stimulace za přínosný pro jejich klienty.

2.4. Metody práce

Teoretické zakotvení mé práce se pohybuje v oblasti obecné i speciální pedagogiky, medicíny, ošetrovatelství a sociální práce. Pohled do oblasti obecné pedagogiky považuji za důležitý, neboť právě z obecné pedagogiky vychází pedagogika speciální s pohledem na člověka s postižením jako na člověka, který se dokáže celý život vzdělávat, který má své potřeby jako každý jiný člověk, jen potřebuje pomoc či podporu jiných lidí, aby mohl své potřeby uspokojit.

Pozornost obracející se ke vzdělávání dospělých osob s mentálním postižením u nás v poslední době narůstá. Zajímavé informace podávají například knihy *Mimořádná dospělost* od Jana Šišky, *Česká psychopedie* od Marie Černé, *Od marginalizace k důstojnému životu* a *Rodiny osob s mentálním postižením* od Ivy Strnadové. Další zajímavou a významnou knihou, která je zaměřena na vzdělávání osob s kombinovaným postižením za pomoci Bazální stimulace, je *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením* od Vandy Hájkové. Pohled do oblasti péče o dospělé osoby lze nalézt také v díle Beáty Krahulcové a kol. *Postižený člověk v procesu senescence*. Karolína Friedlová pak podává ve svých knihách veškeré další informace o Bazální stimulaci, které lze zakoupit v České republice, jedná se o knihy *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I.*, *Skriptum pro*

základní kurz bazální stimulace, Základní modul I., Skriptum pro nástavbový kurz Bazální stimulace, Nástavbový modul II.

Charakteristikou této práce by měla být interdisciplinárnost, příznačná pro pedagogický výzkum, který se zabývá zkoumáním jevů souvisejících s výchovou, vzděláváním a obecnou kultivací osobnosti člověka. Tyto jevy jsou velice specifické, protože jsou podmiňovány množstvím intervenujících proměnných, z nichž některé jsou obtížně měřitelné.

Pro tuto práci považuji za vhodný výzkum empirický, kterým rozumíme kontrolované, systematické, kritické a empirické zkoumání jevů hypotetických výroků o předpokládaných vztazích mezi přirozenými jevy. (Pelikán 2007: 18)

Empirický výzkum je způsob vědeckého zkoumání, jehož předmětem jsou jevy konkrétní reality. Na rozdíl od teoretického výzkumu dospívá ke konkrétním zjištěním, zcela vždy kvantifikovaným. Vychází z empirie, ze zkušenosti. Jeho metody jsou především pozorování, experiment nebo dotazník. (Průcha 1998: 64)

Pro můj přístup k výzkumnému šetření se jeví jako vhodný základní typ empirického výzkumu ex post facto, kde se nezávisle proměnné již objevily. Nejprve tedy pozorujeme závisle proměnné, a pak prostudujeme nezávisle proměnné retrospektivně pro jejich možné vztahy a účinky na proměnné. (Pelikán 2007: 70)

V přístupech, které nabízí pedagogické jevy, jsem si vybrala kvantitativní šetření, které nám umožňuje zjistit vazby mezi proměnnými a může nám umožnit odhalení vlivu jednotlivých faktorů na změnu sledovaného jevu. Zjištění se pak týkají úrovně důležitosti sledovaných vztahů. Lze takto také odhalit tendence a zákonitosti, ale nemůže najít řešení pro jednotlivé případy, které se mohou od zjištěných tendencí či zákonitostí vymykat. Právě z těchto důvodů jsem si zvolila šetření kvantitativní. (Pelikán 2007: 34)

Pro mé kvantitativní šetření jsem zvolila explorativní metodu, kterou považuji za nejvhodnější, protože jde o vytěžení informací z vyjádření respondentů. Výpovědi respondentů lze získat data, která by se nám jiným způsobem získat nepodařila. Důvodem využití této metody je tedy získání osobních názorů respondentů na užitečnost využívání konceptu Bazální

stimulace, jeho finanční náročnost pro zařízení atd. Nedostatkem této metody je validita takto získaných údajů, protože respondenti nemusí vždy odpovídat dle pravdy, zejména u osobních otázek si odpověď mohou vědomě či nevědomě upravit nebo stylizovat. Sebereflexe má tři roviny, to, co je člověk o sobě ochoten vypovědět, to, co je člověk o sobě schopen připustit a do poslední roviny patří skutečné postoje, motivace atd. Výzkumník si musí vždy být vědom toho, že výpovědi patřící do první roviny nemusí nutně odrážet rovinu třetí, a proto musí být při interpretaci těchto jevů opatrný. Respondent může být ovlivněn atmosférou, panujícími názory atp., tudíž výpovědi nemusí vyjadřovat osobní stanovisko respondenta, ale stanovisko většiny. Dalším problémem této explorativní techniky je to, že dotazované osobě nemusí vyhovovat forma dotazování. Někdo se raději vyjadřuje ústně, např. rozhovorem, někdo zase písemně, např. vyplněním dotazníku či ankety. Někomu vyhovuje vyjadřování vlastních myšlenek bez omezení, dalšímu zase odpovídání na předložené varianty odpovědí. Badatel musí vzít v úvahu všechny tyto klady a zápory vybrané metody a jejích technik a pečlivě uvážit, zda tento přístup zvolí, co od něj očekává a za jakých podmínek. (Pelikán 2007: 104)

I přes jmenované zápory této metody se mi dotazníkové šetření jeví jako nejvhodnější pro mou práci, protože v něm zjišťuji názory respondentů, které nemohu získat jinak, než přímým dotazováním. Validita šetření nebude moci být brána jako obecně platná, ale i tak jsou výsledky šetření zajímavé a mají svou hodnotu, kterou je získání osobních názorů a postojů respondentů na aktuální téma současnosti, využívání a užitečnost konceptu Bazální stimulace ve školství, zdravotnictví a sociální oblasti. Výsledky šetření budou plně validní pouze pro oblast Sedčanska, ve které bude šetření provedeno.

Při svém šetření jsem dodržovala etické limity, do kterých patří především respektování intimity lidského myšlení a citů zkoumaných osob, volba vhodné formy sdělení výsledků šetření, která by měla být především obecná, neosobní a citlivá. Sami objekty zkoumání mohou mít totiž zájem o sdělení výsledků šetření. Je nutné promyslet také důsledky šetření, jelikož mohou mít negativní dopad na zkoumaný objekt. Badatel si musí uvědomovat,

že ve svém šetření může zjistit informace zneužitelné proti objektům šetření, proto musí dle svého svědomí zvážit, jestli zneužitelné poznatky zveřejní. (Pelikán 2007: 35)

Ve svém bádání jsem dodržovala pravidlo dobrovolnosti a částečné anonymity, v dotaznících je uveden pouze název zařízení, ve kterém respondent pracuje, nikoli jeho jméno. S respondenty jsem pracovala jednotlivě, na jejich pracovišti či v jejich domácnosti, dle jejich výběru.

Z nabídky explorativní metody jsem použila dotazníkovou techniku šetření, která je nejpoužívanější pedagogickou výzkumnou technikou. Užívá se kromě pedagogického výzkumu také při šetřeních demografických, sociologických, psychologických a dalších, zabývajících se člověkem. Jeho základní podstatou je zjištění informací o respondentovi, jeho postoje a názory k různým zkoumaným problémům. Forma dotazníku je písemná, respondent odpovídá na zadané otázky. (Pelikán 2007: 105)

Hlavní předností dotazníku je jeho snadná administrace. Dotazníkem lze oslovit velké množství respondentů stejnou formou, což je důležité pro jeho zpracování. Můžeme jím získat informace, které nelze zjistit jinou technikou. Jsou to názory, postoje a stanoviska respondentů. Další předností dotazníku je jeho snadná kvantifikace, která umožňuje také počítačové zpracování velkého množství dat. Nedostatky dotazníku se týkající obecně nevýhod explorativní techniky. Jde především o to, že přesnost otázek a variant odpovědí velice omezuje prostor pro odpovědi respondenta. Dotazovaný pak vybere odpověď, kterou by ale nezvolil, kdyby měl možnost volné odpovědi. Pokud využijeme volné odpovědi, znemožní nám to ale kvantifikaci dat při jejich zpracování, jelikož variabilita volných odpovědí neposkytuje možnost přesného zpracování výstupů. Respondent může také postřehnout záměry zadavatele a odpověď pak přizpůsobí jeho očekávání. Pokud je dotazník příliš rozsáhlý, respondent se přestává soustředit, je unavený a ztrácí motivaci, pak může dojít k náhodnému vyplňování dotazníku bez promýšlení odpovědí. Odpovědi jsou pak nedůvěryhodné. Nevýhody dotazníku může badatel minimalizovat jeho samotnou konstrukcí – délkou, správností a přesností při formulaci otázek. (Pelikán 2007: 106)

2.4.1. Dotazník a jeho konstrukce

Základní snahou při konstrukci dotazníku je omezení vlivu subjektivity tazatele na minimum, a proto musíme dodržovat tyto následující základní pravidla při kladení otázek. Otázka musí být formulována neutrálně, aby z ní nebylo možno odvodit pozici tazatele. Alternativy odpovědí by měly být formulovány tak, aby se žádná nenabízela jako optimální varianta ani naopak jako nevhodná. Formulace otázky nesmí přímo ovlivňovat respondentovu odpověď, nelze tedy otázku klást jednoznačně kladnou či zápornou formou. Otázky musí být po jazykové stránce jasné a srozumitelné všem respondentům. Je nutné zvolit jazykový styl, který je přizpůsobený jazykové vybavenosti respondenta. Badatel musí vždy uvažovat nad tím, zda respondenti rozumějí smyslu otázky a všem v dotazníku použitým slovům. Pro pochopení znění otázek musíme brát v potaz věk, úroveň vzdělání, sociokulturní prostředí, ze kterého respondenti pocházejí, a další specifika oslovené populace. Otázky by neměly být tvořeny složitými souvětími, znepráhledňujícími jejich obsah. (Pelikán 2007: 106)

Otázky dotazníku můžeme třídit dle různých kritérií. Dle kritéria míry volnosti při formulaci odpovědi dělíme otázky na uzavřené, polouzavřené a otevřené. Uzavřené otázky nabízejí všechny varianty odpovědí, z nichž si respondent musí jednu vybrat. Nemá možnost vlastní volby odpovědi. Předností těchto otázek je možnost statistického zpracování. Polouzavřené otázky nabízejí respondentovi varianty odpovědí, ale je zde i možnost volby vlastní varianty, či vysvětlení volby zvolené odpovědi. Otevřené otázky jsou takové, které nenabízejí žádnou variantu odpovědi a respondentovi je tak ponechána plná volnost pro jeho samostatné vyjádření. Jejich výhodou je to, že nijak neomezují respondenta a poskytují mu široké pole pro jeho možná vyjádření. Forma takových otázek je různá a často identického obsahu. Jejich nevýhodou je pak jejich obtížné zpracování – nelze je kvantifikovat. Je sice možné vytvořit ex post dle nejčastějších variant odpovědí v každém souboru kategorizaci pro utřídění výpovědí, ale to je spíše subjektivní a pracná záležitost, takže se příliš nedoporučuje. Tento typ otázek užíváme spíše u

diagnostických než výzkumných účelů. Pracovat s nimi ve výzkumu má smysl např. při tvorbě případových studií, kde charakterizují konkrétní případ či při kvalitativním výzkumu. (Pelikán 2007: 109)

Jiným kritériem třídění otázek může být to, zda jsou otázky formulovány přímo či nepřímo. Ne vždy je vhodné ptát se respondenta bezprostředně na jeho stanovisko. Můžeme zvolit situační či obrázkovou formu položení otázky. Při situační formě otázky popíšeme určitou situaci, a postoj k této situaci respondent buď volně vyjádří, či zvolí určitou variantu z uvedených postojů. Jinou variantou může být popsání více variant téže situace a respondent si vybere tu, která je mu nejbližší. Obrázková forma otázek je vhodná především pro děti, které jim zpestří práci s dotazníkem, vzbudí jejich pozornost a usnadní chápání dotazu. (Pelikán 2007: 110)

Nakonec můžeme otázky třídit dle poslání v daném dotazníku. V každém dotazníku se vyskytují nejen otázky, týkající se samotného výzkumu, ale také otázky pomocné. K nim patří například otázky identifikační a kontrolní. Do identifikačních otázek patří všechny otázky informačního typu o respondentovi. Do dotazníku je umísťujeme většinou na začátek. Otázky se týkají pohlaví, stáří, bydliště a rodiny respondenta, školy, kterou navštěvuje, či absolvoval apod. Tyto otázky bývají většinou uzavřeného charakteru. Významné jsou také otázky kontrolní, například zdvojení jiné otázky. Na stejnou věc se ptáme dvakrát i vícekrát v pozměněné formě otázky, abychom mohli vyloučit nesprávnost odpovědi zaviněné formulací otázky. (Pelikán 2007: 112)

Konstrukce dotazníku zahrnuje několik etap práce. První etapou je promyšlení záměru. Tato etapa ujasňuje smysl použití dotazníku a jeho koncepce. Musíme si ujasnit, jaká data chceme dotazníkem zjistit, a dle toho utvoříme okruhy, na něž dotazník rozdělíme. Důležitá je také úvaha o rozhodnutí, půjde-li o dotazník anonymní, či neanonymní. Výhodou anonymního dotazníku je to, že respondenti většinou odpovídají uvolněněji a bez obav, že by jejich odpovědi mohly být zneužity. Neanonymní dotazník má zase svou výhodu v tom, že je použitelný v širším výzkumu, kdy potřebujeme do databáze zahrnout i údaje získané i jinými výzkumnými technikami, což

nemůžeme učinit, pokud nevíme, komu zadaný dotazník patří. (Pelikán 2007: 112)

Druhou etapou je příprava otázek pro dotazník. Zde formulujeme otázky, které chceme využít ve svém šetření a u uzavřených otázek vyhledáváme také adekvátní varianty odpovědí. (Pelikán 2007: 113)

Třetí etapa zahrnuje vlastní konstrukci dotazníku. Při její tvorbě vycházíme ze záměrů výzkumu a z navržené baterie otázek. Vyřešit musíme především délku dotazníku, jehož rozumná a únosná mez je maximálně 45 – 50 minut na jeho vyplnění respondentem. Poté se již zvyšuje únava a klesá zájem, což ovlivní kvalitu vyplňování. Počet otázek tedy dále musíme vhodně přizpůsobit dle stáří respondentů, vzdělání atd. (Pelikán 2007: 113)

Standardní dotazník by měl mít určité náležitosti. Neanonymní dotazník by měl být podepsán respondentem a měl by dále obsahovat i potřebné údaje jako třídu, školní rok, datum vyplnění atd. Každý dotazník musí mít hlavičku, označující o jaký dotazník jde a také vstupní oslovení respondenta, v němž mu tazatel vysvětluje, proč se na něj obrací, jaký je smysl dotazníku, laskavé požádání o jeho vyplnění a ujištění osoby o tom, že jeho údaje nebudou zneužity či předány nepovolaným osobám a budou užity pouze k výzkumným účelům. Můžeme také uvést, k čemu má šetření sloužit či čemu má pomoci. Na závěr se tazatel respondentovi představí jménem svým či jménem instituce, pro kterou šetření provádí. Do vstupní části dotazníku také patří instrukce, jak dotazník vyplňovat. Vhodná je například ilustrace vzorové otázky, která názorně představuje, jak jsou otázky v dotazníku pokládány a způsob výběru správné odpovědi. Ve vlastním souboru otázek pak na začátku uvádíme otázky identifikační, které jsou většinou faktografického charakteru (např. věk, pohlaví atd.). Před několika posledními otázkami můžeme respondenta povzbudit větou typu „A na závěr již jen několik málo otázek.“ Pokud užijeme i otázek kontrolních, zařazujeme je na konec dotazníku. Na závěr respondentovi poděkujeme za jeho ochotu, s kterou dotazník vyplnil. (Pelikán 2007: 114)

Problémem dotazníku bývá především jeho návratnost, která bývá většinou asi 50-60%. Výrazně nižší je v případech, kdy je dotazník vyplňován

prezenčně za přítomnosti tazatele. Tento způsob má však také svou nevýhodu, kterou je možné snížení validity výpovědí, ke kterému může dojít při pocitu přítomnosti cizí osoby zaangažované ve výzkumu. Tento pocit je ještě vyšší v případě, je-li tazatelem osoba, s níž respondent přichází do styku jako osoba závislá. Lepší v tomto případě je, zadává-li dotazník člověk, který není funkčně spojen se zařízením, na kterém jsou respondenti v nějaké míře závislí. (Pelikán 2007: 115)

2.4.2. Konstrukce vlastního dotazníku

Dotazníková forma se mi pro mé šetření jevila jako vhodná, otázky byly pokládány jednoduchou formou tak, aby je respondenti správně pochopili. Jazykový styl byl přizpůsoben jazykové vybavenosti respondentů. Nejprve jsem s nimi přečetla důležité a odborné termíny, které se budou v dotazníku vyskytovat a ověřila si, zda respondenti vědí, co dané výrazy znamenají.

Ve svém šetření jsem použila především otázky uzavřené, které jsou snadno statisticky zpracovatelné. Otázky byly pokládány přímou formou.

Dle poslání byly v dotazníku obsaženy také otázky identifikační, které byly také vyhodnoceny. Jednalo se o pohlaví a věk dotazovaných a zařízení, ve kterém respondenti pracují. Jelikož byl dotazník záměrně krátký a velice jednoduchý, nevložila jsem do něj nárazníkové ani kontrolní otázky.

Dotazník byl částečně anonymní, uvedeno v něm bylo jen pracoviště a pracovní zařazení respondenta a obsahoval všechny standardní náležitosti, které byly již uvedeny v předchozí podkapitole.

Problematicke návratnosti dotazníku jsem se vyhnula tím, že jsem s respondenty dotazník vyplňovala prezenčně v místě jejich bydliště či pracoviště. Validitu odpovědí jsem mohla snížit pouze minimálně, jelikož mě některé tyto osoby alespoň povrchně znají, ale nemají vůči mně žádné pocity související se závislostí na zařízeních, ve kterých pracují, protože s nimi nejsem funkčně spjata.

3. ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

Definici zdravotního postižení zde uvádím, protože koncept Bazální stimulace je využíván především u těchto osob, kterým může koncept přinést mnoho nových zkušeností a rozvíjí jejich vnímání sebe sama i světa kolem nich. Obzvláště se Bazální stimulace využívá u osob s mentálním postižením, proto zde krátce vysvětluji i tento pojem.

Ludíková in Hájková, 2005 uvádí, že *„trvalé zdravotní postižení negativně ovlivňuje schopnost člověka existovat a vyvíjet aktivity směrem k prostředí a zvládat nejrůznější životní úkoly. To znevýhodňuje a poškozuje postavení člověka ve společnosti, dochází k poruše jeho vztahu s prostředím, což s sebou přináší problémy psychologické i sociální. Dochází k poškození kvality života postižených.“* (Hájková 2009: 44)

Postižení je komplexem omezení člověka, projevující se ve všech pozitivních sférách a výrazových možnostech. Velmi omezeny a změněny jsou schopnosti emocionální, kognitivní, tělesné i sociální. Postižení ovlivňuje jedincovu adaptabilitu a chování. (Hájková 2009 : 45)

3.1. Mentální retardace

Koncept Bazální stimulace je od svého zrodu využíván především u osob s mentální retardací, proto zde krátce vysvětluji i tento pojem.

Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti - duševní, tělesné i sociální. Hlavním rysem je trvale porušená poznávací schopnost, projevující se nejvíce sníženými možnostmi ve výchovně vzdělávacím procesu, které korelují se stupněm postižení. Mentální retardaci charakterizuje celkové snížení intelektových schopností (schopnosti myslet, učit se a přizpůsobovat se svému okolí), které je vrozené či časně získané (do 2 let života dítěte). Zastavení či rozpadu normálního mentálního vývoje po 2. roce života se nazývá demence, popř. získaná mentální retardace. (Pipeková 2006: 269)

Za člověka s mentálním postižením je považován takový jedinec, u něž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná. Příčinou mentálního postižení je organické poškození mozku, vzniklé v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk či abnormálního vývoje mozku. (Švarcová 2006: 28)

Mentální postižení je tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Není to nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku. (Švarcová 2006: 28)

Současná psychologie mentální retardace vychází ze stále se rozvíjejících poznání specifických zvláštností psychiky osob s mentálním postižením, které sice omezují jejich kognitivní procesy, ale nezřídka jim umožňují žít bohatým emocionálním životem, poměrně málo odlišným od života jedinců bez postižení. Psychika osob s mentálním postižením v sobě skrývá mnoho dosud neodhalených možností v oblasti specifických vloh, kreativity, intuice, empatie atd. Každý člověk s mentálním postižením je svébytnou bytostí s vlastními lidskými potřebami i problémy a s vlastními vývojovými potencialitami, které je možné a nutné rozvíjet. (Švarcová 2006: 31)

Lidé se od sebe vzájemně liší, mají své osobnostní zvláštnosti významně se podílející na celkové charakteristice každého jedince. Ani osoby s mentálním postižením nelze charakterizovat jako specifickou populaci. Zvláštnosti psychických procesů osob s mentálním postižením jsou v oblasti vnímání, pozornosti, paměti, myšlení, emocionality a volných vlastností, závislé do značné míry na hloubce a nerovnoměrnosti postižení, na věku jedince i na míře podnětnosti sociálního prostředí, v němž žije. Realizace jejich schopností je tedy mnohem náročnější než u lidí bez postižení. (Černá 2008: 76)

V minulosti byli lidé s postižením klasifikováni dle koncepce neschopnosti. V 2. polovině 20. století však došlo ke změně paradigmatu, byla přijata nová koncepce tzv. speciálních potřeb a podpor. Osobám s postižením jsou přiznávána práva na plnohodnotný život ve společnosti, do níž se narodili a jejíž povinností je vytvořit takový systém speciálních služeb a podpor, aby jejich potřeby byly po celý život adekvátně naplňovány a byla dosažena co nejvyšší možná kvalita života. (Černá 2008: 76)

4. KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvalita života úzce souvisí se životem osob se zdravotním postižením, seniorů i pacientů v nemocnicích či léčebnách dlouhodobě nemocných, proto ho ve své práci uvádím. Souvisí s péčí, výchovou i vzděláváním těchto osob, které jsou více či méně závislé na instituci, která jim zajišťuje, pomáhá či podporuje způsob a kvalitu prožívání jejich života.

Kvalita života patří mezi obtížně definovatelné pojmy. V kontextu péče a podpory o osoby s mentálním postižením ji chápeme jako fenomén výchovné podpory na zvyšování aktivní účasti každého jedince na jeho osobnostním rozvoji, angažovanosti a přejímání odpovědnosti za uplatnění ve společnosti. Obecně kvalitu života chápeme jako momentální stav, který lze posuzovat subjektivně, objektivně, nebo kombinací obojího. Kvalita života jedince může být zvyšována prostřednictvím vzdělávání a pracovního uplatnění. (Černá: 2008: 76)

Kvalita života není bohužel přesně vymezovaná, což je dáno její interdisciplinárností a různými metodologickými přístupy k jejímu pojetí a zkoumání. Koncepce Světové zdravotnické organizace (SZO/WHO), i když jsou také někdy diskutabilní, vytvářejí relativně nejvíce rozšířené pojetí, které umožňuje odbornou komunikaci. Definice zdraví podle SZO/WHO je chápána jako „stav plné tělesné, psychické a sociální pohody, a ne jen jako nepřítomnost nemoci nebo vady“. SZO/WHO v roce 1996 uvádí, že kvalita života vyjadřuje „jak lidé vnímají své místo v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí, a ve vztazích ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům.“ V nejnovějších materiálech SZO/WHO „Zdraví 21 – zdraví do 21. století“ je kvalita života vymezována jako „pocit jednotlivců nebo skupin obyvatelstva, že jsou uspokojovány jejich potřeby, a že jim nejsou odnímány příležitosti k dosažení štěstí a naplnění života“. Komplexnost chápání „kvality života“ dobře vidíme v materiálu WHO Quality of Life Group (1993), který citují J. Mareš, J. Marešová (2004) a J. Mareš (2006): ti zdůrazňují, že v kvalitě života se odráží individuální percepce a

celkové subjektivní hodnocení vlastní pozice ve vztahu k dané kultuře a hodnotám a budoucímu očekávání v tomto směru, komplexně je zde zahrnuto vlastní somatické zdraví, psychický stav i sociální vztahy. Při práci s kvalitou života si musíme uvědomit, že není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „osobní pohoda“. Obecně je tedy kvalita života prožitkem, zážitkovým vztahem, reflexí nad vlastní existencí. (Řehulková 2008: 17)

„Ke zvýšení kvality života ve stáří a podpoře prosperity ve stárnoucí společnosti je nezbytné dát v průběhu života příležitost pro uplatnění, učení, vzdělávání a aktivní život všem lidem. Lineární model vzdělání, práce a důchod stále více přestává platit a hranice mezi jednotlivými fázemi životního běhu se stávají flexibilnějšími a méně ostrými. Starší lidé mají stejně jako všichni právo být hodnoceni jako jednotlivci, na základě svých schopností a potřeb bez ohledu na svůj věk, pohlaví, barvu pleti, zdravotní postižení či jiné charakteristiky. Starší lidé a jejich znalosti a zkušenosti by měli stát v centru změn realizovaných v kontextu stárnutí populace.

Občané každého věku by měli hrát aktivní roli při určování povahy a kvality jim poskytovaných služeb. Na trhu práce, při poskytování zdravotní péče, sociálních a dalších služeb je žádoucí zásadní změna přístupu ke starším osobám. Stárnoucí společnost si nemůže dovolit vylučovat starší osoby z trhu práce a neposkytnout příležitost těm, kteří chtějí žít aktivně. Zdravotní péče o staré lidi musí předcházet vzniku dlouhodobé závislosti a institucionalizaci. Potřebujeme hlavně více možností pro aktivní a soběstačný život ve stáří, nejen více residenčních zařízení pro seniory. Potřebujeme stáří přátelské komunity, které poskytují více příležitostí pro sociální aktivity a hodnotné trávení volného času. Potřebujeme komunitní centra poskytující starším občanům a rodinám podporu a flexibilní služby. Potřebujeme nabídku vhodného a důstojného bydlení, které podporuje sociální integraci a vyhovuje potřebám a omezením starých lidí.“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky 2012: [online])

5. VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ OSOB S POSTIŽENÍM

Život osob s těžkým a kombinovaným postižením je stále jen málo probádán. Není dostatek informací o tom, co lidé s postižením vnímají a cítí. V posledních letech bylo však často zkoumáno, jak s těmito lidmi pracovat, komunikovat, jak je podporovat, jak objevovat jejich potenciál a jak ho dále rozvíjet. Nejen člověk s postižením, ale také jeho okolí musí být ochotno tyto jedince motivovat, zkoušet a rozvíjet i za cenu malých či žádných úspěchů, zkušenosti z praxe totiž dokazují, že k pokrokům, i když nepatrným, dochází. (Hájková 2009: 111)

5.1. Výchova a vzdělávání dětí s postižením v raném a předškolním věku

Pro podporu rodiny a rozvoje dítěte je třeba začít s ranou intervencí, resp. se zaváděním programů časně stimulace co nejdříve. Do rané intervence spadají služby zdravotnické, sociální, psychologické a speciálně pedagogické. Všechny tyto služby by měly tvořit soubory komplexní podpory vznikající z různých přístupů a metod. Programy rané péče se zaměřují na nácvik řeči, sebeobsluhy, motoriky, rozumových a sociálních dovedností. Instruktoři docházejí každý týden do rodiny, kde s dítětem a s rodinou pracují a připravují další postupy. V České republice se nejčastěji používá program PORTAGE. (Černá 2008: 142)

V předškolním věku (3 – 6 let) se u dítěte intenzivně rozvíjejí poznávací procesy – vnímání, paměť, pozornost, představivost a myšlení. Značný je v tomto období také sociální a emoční vývoj. Hlavní činností dítěte je hra, která je socializačním činitelem, základní psychickou potřebou, vhodně motivuje dítě k učení a v psychologické klinické praxi se stává i léčebným prostředkem. (Černá 2008: 143)

Vzdělávání dětí s postižením probíhá nejen v rodině, ale také v mateřské škole běžného typu, ve speciální třídě mateřské školy, či ve speciální mateřské škole. Dítě s postižením se může vzdělávat dle

individuálního vzdělávacího plánu, který obsahuje konkrétní zaměření na jednotlivé oblasti rozvoje osobnosti dítěte. Individuální vzdělávací plán vychází z diagnostiky dítěte. Legislativně vychází předškolní vzdělávání ze Zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, z Vyhlášky č. 14/2004 Sb., o předškolním vzdělávání a z Vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Dále se k předškolnímu vzdělávání vztahuje také Zákon č. 563/2005 Sb., o pedagogických pracovnicích. (Černá 2008: 143)

O přijetí dítěte s postižením rozhoduje „ředitel mateřské školy na základě písemného vyjádření školského poradenského zařízení, popřípadě také registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost. (Zákon č. 561/2004 Sb.)

O odložení povinné školní docházky musí písemně požádat zákonný zástupce dítěte. K žádosti musí být přiložen doporučující posudek příslušného školského poradenského zařízení a odborného lékaře. (Zákon č. 561/2004 Sb.)

Mateřské školy vzdělávají děti od 3 do 6, případně 7 let v provozu celodenním či polodenním. Vzdělávání zde probíhá podle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání (RVP PV), který je připraven Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Z tohoto programu si každá mateřská škola vytváří svůj školní program, který obsahuje stanovené oblasti: biologickou, psychologickou, interpersonální, sociálně-kulturní a environmentální. (Černá 2008: 143)

Hlavní vzdělávací činností je hra za pomoci hračky, která je i pro děti s mentálním postižením jejich nejpřirozenější činností. Vzdělávací program je rozdělen mezi hru, relaxaci a individuální práci s dítětem zaměřenou na rozvoj dovedností potřebných pro další vzdělávání – rozumové schopnosti, smyslové vnímání, výtvarné a pracovní činnosti, jemná a hrubá motorika a komunikace. Mateřské školy speciální nabízejí i různé druhy terapií: canisterapie, hipoterapie, muzikoterapie, ergoterapie a arteterapie. Jejich vzdělávání klade důraz na fyzioterapii, masáže, vodoléčbu a léčebnou tělesnou výchovu. Často

se zde uplatňují podpůrné metody jako snozelen, míčkové masáže a aromaterapie. Do podpůrných metod lze zařadit také koncept Bazální stimulace, zvláště u dětí s těžkým a hlubokým stupněm mentálního postižení. (Černá: 2008: 144)

5.2.Výchova a vzdělávání dětí s postižením ve školním věku

Výchova a vzdělávání jsou základními pojmy v období školní výuky. Někdy je také užíván souhrnný termín pro oba výše uvedené pojmy, a to edukace. Výchova i vzdělávání spolu ve školním věku tak úzce souvisí, že je v praxi nelze oddělit. Vzdělávání je v podstatě učení, kterým jedinec získává zkušenosti ovlivňující kvalitu jeho života. Učení vede jedince k přizpůsobování se prostředí a nemá žádné hranice, proto je přístupno každému dítěti, i když v různých podobách, formách, intenzitě a obsahu. Učení dětí s postižením je individuálně specifické a vzdělávací proces se mu musí přizpůsobovat. Speciální vzdělávací potřeby je nutné respektovat a naplňovat, jejich spektrum se v současné době rozšiřuje do všech věkových kategorií z důvodu zavádění celoživotního vzdělávání lidí s handicapem i bez něj, jehož základy dává právě škola. (Vališová, Kasíková 2011: 388)

Současný pohled na vzdělávání se značně týká hlavně jedinců s těžkou a hlubokou mentální retardací, kteří se často nenaučí základům čtení, psaní a počítání, což ale neznamená, že se nemohou vzdělávat, učit, vůbec. Vzdělávacím procesem získávají potřebné sociální zkušenosti, snáze mohou získávat potřebné sociální zkušenosti, snáze se přizpůsobovat požadavkům svého okolí, stávat se samostatnějšími a soběstačnějšími, méně závislými na pomoci druhých osob. Podporou pro žáky s mentálním postižením jsou nejen úpravy školního prostředí, ale hlavně přístup pedagoga k dítěti. Obsah vzdělávání by měl být zaměřen především na praktické dovednosti potřebné pro život. (Černá 2008: 166)

Žáci vzdělávání v základní škole speciální jsou děti se středně těžkou, těžkou či hlubokou mentální retardací. Často se k těžkému mentálnímu postižení přidružuje také postižení tělesné či smyslové. Je tedy důležité, aby

speciální pedagog znal metody, které podporují pohybový rozvoj žáků. Polohování je součástí somatické bazální stimulace a je prostředkem pro podporu pohybového vývoje dítěte. Polohováním žák získává nové senzomotorické zkušenosti, umožňuje mu funkci, stabilitu, mobilitu, kontrolu hlavy a trupu, zajištění a udržení symetrie a správné pozice, čímž je podporován výukový cíl, kterým je zlepšení soběstačnosti, nezávislosti, sebeúcty, sebekontroly a psychosociální efekt. Polohování zlepšuje trofiku tkání, podporuje plicní ventilaci, vnímání svého okolí a tím aktivaci kognitivních funkcí. Aktivují se pasivní svalové skupiny pro prevenci jejich kontraktur či deformit, hluboké čítí a vestibulární aparát. (Hájková 2009: 38)

Při polohování je nutné vycházet ze znalosti psychomotorického vývoje zdravého dítěte, hlavně z ontogeneticky motorického vývoje vzpřimování a z aktuální úrovně pohybových dovedností žáka. Berta Bobath říká: „*Dej dítěti tolik opory, kolik je nutné, ale pouze tolik, kolik je potřebné.*“ Správná opora, handling, umožní dítěti být aktivní a usnadní mu provedení určité konkrétní funkční dovednosti – antigravitační vzpřímení, budování tělesného schématu, disociace jednotlivých pohybových segmentů, větší motorická aktivita, stimulace všech smyslů, aktivizace vestibulárního aparátu, taktilního čítí, integrace sluchového vnímání a lepší oční kontakt. Pravidelným soustavným opakováním handlingu může zahájit proces motorického učení s využitím plasticity centrální nervové soustavy, což vede k dosažení konkrétní funkční činnosti a zmenšení případné spasticity. (Hájková 2009: 40)

Vzdělávání obohacuje každého člověka s mentálním postižením, zkvalitňuje jeho život podněcováním jeho aktivity, podporou samostatnosti a nezávislosti a vybavováním jedince potřebnými znalostmi a sociálními dovednostmi pro společenský život. Pozitivně působí na komplexní rozvoj každého jedince, vyrovnává nerovnoměrnosti vývoje jednotlivých stránek osobnosti, odstraňuje poruchy v oblasti adaptivního chování a usnadňuje orientaci v životě. Proto vzdělávání nemůže být odpíráno žádnému člověku s postižením a je třeba ho chápat jako proces celoživotní, protože na počátku školní docházky jsou tito jedinci školsky nezralí, ale v průběhu vývoje mohou

hranice školní vzdělavatelnosti dosáhnout, dokonce je i překročit. (Černá 2008: 167)

Vzdělávání posiluje sebevědomí, sebeúctu, smysl pro hodnoty lidského života a sebehodnocení, rozvíjí tedy celou osobnost člověka s postižením. (Černá 2008: 168)

Legislativně je právo na vzdělávání zakotveno v Listině základních práv a svobod a dalších zákonech (např. Zákon o rodině). Vzdělávání vychází ze Zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, Zákona č. 563/2005 Sb., o pedagogických pracovnících a Vyhlášky MŠMT ČR č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Dle této vyhlášky se děti s mentálním postižením mohou vzdělávat v běžné základní škole, základní škole praktické či základní škole speciální. (Černá 2008: 168)

Vzdělávání v rehabilitačních třídách probíhá podle Rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy (č. j. 15988/2003-24), který je určen žákům s těžkým postižením a více vadami a umožňuje jim, aby si v přizpůsobených podmínkách za speciálně pedagogického vedení osvojovali elementární vědomosti, dovednosti a návyky pro zvýšení míry jejich soběstačnosti, rozvinutí motoriky a nalezení vhodné formy komunikace s jejich okolím. V tomto programu děti plní povinnou desetiletou školní docházku. (Hájková 2009: 47)

5.3. Vzdělávání dospělých osob s postižením

Vzdělávání dospělých osob s postižením uvádím ve své práci, protože Bazální stimulace může být jednou z metod jejich celoživotního vzdělávání, jelikož jejím prostřednictvím získávají nové zkušenosti a dovednosti potřebné či užitečné pro kvalitní prožívání života i přes možné těžké či kombinované postižení.

V současné době je v Evropské Unii a v rozvinutých zemích světa podporována vzdělávací politika konceptu celoživotního vzdělávání. Tato potřeba vychází z rozvoje a změn v informačních a výrobních technologiích a změn v hospodářství. Do konceptu celoživotního učení patří všechny aktivity učení, přičemž získávání nových zkušeností považuje za platný způsob vzdělávání. Učení probíhá ve formalizovaném systému, stejně tak, jako v domácím prostředí či v obci, po celý život jedince. Principy celoživotního učení vycházejí ze základního cíle vzdělávání – přispívat k individuálnímu, kulturnímu a ekonomickému blahu a ke kvalitě života každého jedince, zvyšovat zaměstnatelnou a co nejefektivněji využívat lidské zdroje. Také sociální faktory významně podmiňují vzdělávací a zaměstnanecké šance specifických skupin populace a určují vztahy mezi určitým prostředím sociálním a edukačním. (Veteška, Tureckiová 2008: 60)

Výchova a vzdělávání sice nemohou překonat celospolečenské překážky a systémové a strukturální deficity, v případě jednotlivce ale mohou velkou měrou přispět k jejich překonávání a eliminaci sociálního napětí, které ohrožuje společnost. Pro rozvíjení celoživotního učení je nutné co nejvíce propojit vzdělávací aktivity s životem celé společnosti a odstraňování bariér, které jsou zakořeněny v tradiční škole, hlavně podpora rovného přístupu ke vzdělávání. (Černá 2008: 185)

Součástí strategie celoživotního učení je právě vzdělávání dospělých., které je zároveň poskytnutím druhé šance pro ty, kteří z nejrůznějších důvodů dostatečně nevyužili (nemohli, neuměli, nebo nechtěli využít) své první příležitosti vzdělávání. Vzdělávání dospělých je součástí strategie překonávání společensky podmíněné nerovnosti při poskytování počátečního vzdělávání, které plyne ze selektivní funkce školy. (Černá 2008: 186)

Pro osoby s postižením je vzdělávání důležité, protože jeho prostřednictvím jsou uspokojovány lidské potřeby uspořádané Maslowem do pyramidy obsahující potřeby primární, s nimiž se člověk rodí a potřeby sekundární, které se vyvíjejí v průběhu utváření jedince. Na vrcholu pyramidy je touha po seberealizaci a potřeba znát a rozumět, která je u osob s mentálním

postižením limitována jejich handicapem i vnějším prostředím. Potřeby sekundární se u těchto jedinců často objeví až v dospělosti a mohou být uspokojovány formálním a neformálním vzděláváním dospělých, které tím nabývá na významu. Osoba s postižením potřebuje celoživotní vedení a podporu v učení, protože jeho výsledky jsou pro jedince užitečné hlavně ve vedení k jejich soběstačnosti. Při ponechání osob s postižením bez dalšího vedení, se jejich návyky a dovednosti znovu ztrácí. Vzdělávání poskytuje těmto jedincům také možnosti větší socializace a je jejich denní náplní, pokud nemohou či nechtějí pracovat. Vzdělání a vzdělávání jsou hodnotami sami o sobě, protože pozitivně ovlivňují sebepojetí a sebedůvěru jedince a dávají mu tím prostor pro nové sociální role. (Mlýnková 2010: 36)

Vzdělávání by mělo být postaveno tak, aby se stalo hodnotou samo o sobě a plnilo podpůrnou úlohu na cestě k dospělosti. Mělo by být zaměřeno na orientaci v běžném prostředí a porozuměním jeho nárokům, na adaptaci a dosažení maximální možné soběstačnosti a samostatnosti, proto je nutné chápat vzdělávání jako celoživotní proces. (Johnstone 1995: 23)

6. KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE

6.1. Historie konceptu Bazální stimulace

Koncept Bazální stimulace byl vypracován v 70. letech minulého století německým Prof. Dr. Fröhlichem, který pracoval s dětmi s těžkým mentálním a tělesným postižením. V 80. letech minulého století byl profesorkou Christel Biensteinovou v Německu koncept transferován také do ošetrovatelské péče v intenzivní medicíně a v následné péči. Od roku 1994 vede Institut výzkumu v ošetrovatelství na lékařské fakultě privátní univerzity ve Witten/Herdecke v Německu. (Friedlová 2003: 3)

Koncept byl vypracován v Německu, dnes však patří k nejpopulárnějším konceptům v celé Evropské Unii. (Friedlová 2005: 8)

Bazální stimulace je rozšířena v Německu, Rakousku, Švýcarsku, Belgii, Holandsku, Francii, Španělsku a dalších zemích. Počet osob, který s konceptem pracuje, se neustále rozšiřuje. (Friedlová 2006: 4)

V České republice se s konceptem Bazální stimulace pracuje od roku 2003, kdy proběhl první seminář na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci pod vedením Mgr. Karolíny Friedlové, která absolvovala lektorské studium ve Vídni a rozhodla se šířit povědomí o konceptu v naší republice. Seminář se konal pod názvem Stimulace vnímání. Během tří let již školením prošlo přes 2000 absolventů, mezi nimiž nejsou jen zdravotní sestry, ošetrovatelé a lékaři, ale přicházejí též fyzioterapeuti, ergoterapeuti, speciální pedagogové, logopedové, psychologové a vyučující předmětu ošetrovatelství. V roce 2008 již bylo v registru INSTITUTU přes 4000 absolventů certifikovaných kurzů bazální stimulace. (Friedlová 2006: 5)

6.2. O konceptu Bazální stimulace

Bazální stimulace nabízí široké možnosti ošetřovatelských a terapeutických nabídek. Koncept předpokládá, že pedagogické, ošetřovatelské a terapeutické interakce mohou být u lidí s postižením úspěšné jen tehdy, pokud jsou jejich aktivity a subjektivní vnímání, jež je základem jejich projevů, plně respektovány. Koncept zve ke společnému vstupu do společného světa klientů a pečovatelů. Jádrem konceptu jsou tedy mezilidská setkání a etický postoj profesionálů poskytujících péči. Ten lze nazvat ochranným postupem ve prospěch lidí s postižením s plným respektem jejich autonomie, práva na sebeurčení a práva na kvalitní prožívání. (Friedlová 2010: 18)

Základní myšlenkou konceptu je požadavek celistvosti, tedy holistické vnímání jedince. (Hájková 2009: 46)

Koncept Bazální stimulace předpokládá, že příjemce pedagogických, ošetřovatelských či terapeutických nabídek nemusí splňovat žádné předpoklady, aby je využil, nemusí se od něj očekávat nějaký výkon či výchozí znalosti. Cílem konceptu je vytváření takových podmínek okolního prostředí, aby na člověka s těžkým postižením vhodně působily, podporovaly jeho vývoj a umožnily mu prožívat život plný kvalitních prožitkových zkušeností. (Friedlová 2010: 37)

Základními prvky konceptu jsou vnímání, pohyb a komunikace, které se navzájem ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání. Ztráta schopnosti pohybu vede k senzorické deprivaci a nedostatečnému vzniku nových dendritických spojení. Pohybu předchází čítí (vnímání těla), proto je somatická stimulace předpokladem ke stimulaci pohybových schopností. (Friedlová 2003: 9)

„Vnímání vlastního těla je předpokladem k uvědomění si okolního světa a schopnosti s ním komunikovat. Díky schopnosti uvědomit si sebe sama a tento vjem uložit do paměti se vyvíjí u člověka jeho identita – „jáství“ (uvědomění si svého já).“ (Friedlová 2010: 19)

Koncept vychází z vnímání plodu v embryonální fázi (7. týden vývoje). Plod v této fázi vnímá podněty vibrační (hlas matky, tlukot jejího srdce aj, které si uvědomuje jako vibrace získané vlněním plodové vody), somatické (plod si cucá palec, cítí tlak stěny uteru a plodové vody) a vestibulární (vnímání polohy svého těla spolu se změnami polohy matky). (Friedlová 2003: 3)

„Cílem využití konceptu bazální stimulace v péči je doprovod a podpora klientů se změnami v oblasti vnímání, hybnosti či komunikace. Autor konceptu prof. Dr. Andreas Fröhlich hovoří o těchto lidech jako o osobnostech, které potřebují jiné lidi k tomu, aby jim přiblížili svět v té nejjednodušší rovině. A současně k tomu, aby jim umožnili pohnout se či změnit polohu. V neposlední řadě potřebují někoho, kdo jim bude schopen bez použití slov porozumět a poskytne jim profesionální individuální péči.“ (Friedlová 2010: 11)

Během dalšího vývoje, prenatalního i postnatalního, vnímá dítě stále více, proto je stimulace orientována i na oblast auditivní, olfaktorickou, taktilně-haptickou, optickou a orální. (Friedlová 2003: 4)

„V konceptu Bazální stimulace podporujeme stimulaci vnímání vlastního těla, rozvoj vlastní identity, umožnění vnímání okolního světa, umožnění navázání komunikace se svým okolím, zvládnutí orientace v prostoru a čase, lokomoční schopnosti, zlepšení funkcí organismu, psychomotorický vývoj člověka, respekt autonomie člověka, důstojné prožívání, umožnit prožívat život v co nejvyšší možné míře kvality (i v těžkých stavech se špatnou prognózou).“ (Friedlová 2003: 4)

„Koncept se tedy uplatňuje především v péči o děti a dospělé s těžkými změnami v oblasti smyslového vnímání nebo v oblasti hybnosti a komunikace, klienty v komatózních stavech z jakýchkoli příčin (např. po úrazu mozku), klienty dlouhodobě upoutané na lůžko, klienty neklidné či dezorientované, klienty v intenzivní péči, geriatrické pacienty, seniory s demencí, umírající (hospicová péče), klienty po mozkových cévních příhodách, žáky a děti se

speciálními vzdělávacími potřebami, v neonatologické intenzivní péči (péče o předčasně narozené děti).“ (Friedlová 2003: 4)

Prof. Bienstein a prof. Fröhlich popsali potřeby těchto lidí tak, že jsou to ti:

- kteří občas potřebují tělesnou blízkost, aby mohli vnímat jiné lidi,
- kteří potřebují ostatní lidi, jež jim budou bez (verbální) řeči rozumět,
- kteří potřebují ostatní lidi, jež jim přiblíží okolní svět a také jejich osobu v pro ně přijatelné rovině vnímání,
- kteří potřebují jiné osoby k tomu, aby jim umožnili změnit polohu a učinit pohyb,
- kteří potřebují jiné lidi, jež je spolehlivě a odborně kompetentně zaopatří, ošetří a budou doprovázet životem.

(Bienstein, Fröhlich 2003: 43)

Základem konceptu Bazální stimulace je působení na senzorické systémy cílenou stimulací (podněty somatoviscerální, vestibulární, čichové, zrakové, chuťové, sluchové) zohledňující biografii klienta, aby byla aktivizována paměťová stopa. (Friedlová 2003: 5)

Základním předpokladem pro práci s konceptem Bazální stimulace u klientů je akceptace jejich biografie a integrace jejich nejbližších osob (rodiny) do péče. Sepsání biografie je velice důležitá část procesu. Pracovat s biografií klienta znamená volit nabídky zohledňující individualitu klienta. Údaje ze získané biografie jsou výchozím bodem pro individuální bazálně stimulující péči. Pomáhá pracovníkům vypracovat kvalitní individuální plány a poskytovat profesionální péči. Péče vycházející z biografické anamnézy znamená porozumět klientovi a pochopit jeho chování. (Friedlová, Sociální služby, březen 2010, s. 13)

Hlavním bodem bazálně stimulující péče je respekt autonomie klienta či pacienta při podporování jeho vnímání, komunikace a mobilizace jeho zachovalých schopností. (Friedlová, Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči, 2010, s. 11) Důležité je také integrování autobiografických

prvků klienta do strukturovaných postupů v somatické stimulaci. (Friedlová 2010: 31)

Friedlová (2010) vytyčuje základní principy, ze kterých vychází koncept Bazální stimulace:

- 1) *„Smysly vnímání se utvářejí postupně.*
- 2) *Schopnosti a činnosti člověka mají společné neuronální propojení.*
- 3) *Člověka formují jeho zkušenosti.*
- 4) *Člověk vnímá tak dlouho, pokud dýchá.*
- 5) *Nejasné podněty vedou k snížené schopnosti reagovat.“*

6.2.1. Oblasti podpory Bazální stimulace

Dle Fröhliche mají osoby s těžkým či kombinovaným postižením extrémně redukováné aktivity. Jejich postižení je omezuje a aktivita těchto jedinců se často skládá pouze z elementárních životních výkonů, které jsou spojeny jen s vlastním tělem. Jsou tak v izolaci od ostatního světa, nemůžou vzájemně rozvíjet kontakty s okolím. Pomocí podnětů bazální stimulace lze dosáhnout alespoň částečně otevření této izolace. (Hájková 2009: 81)

6.2.2. Cíle a principy Bazální stimulace

Cíle bazálně stimulující péče

- 1) *„Zachovat život a zajistit vývoj*
- 2) *Umožnit pocítit vlastní život*
- 3) *Poskytnout pocit jistoty a důvěry*
- 4) *Rozvíjet vlastní rytmus*
- 5) *Umožnit poznat okolní svět*
- 6) *Pomoci navázat vztah*
- 7) *Umožnit zažít smysl a význam věcí či konaných činností*
- 8) *Pomoci uspořádat jeho život*
- 9) *Poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život*

10) Objevovat se a vyvíjet se (2010)“

(Friedlová 2012: 3)

„Lidé dodržují, ať vědomě či nevědomě, v denním životě rituály. Pro práci v konceptu Bazální stimulace to znamená ritualizovat a strukturalizovat péči ve zdravotních zařízeních, v zařízeních sociálních služeb i ve výuce dětí, žáků se speciálními vzdělávacími potřebami s přihlédnutím k těmto aspektům:

- praxe založená na principu zohlednění autobiografické anamnézy*
- koordinace nabídek poskytovaných klientovi s jinými členy týmu (sestra, pečovatelka, sanitář, pracovník sociální péče, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psycholog, logoped, pedagog, sociální pracovník, aj.)*
- v kontaktu s klienty se změnou vnímání a změněnou schopností komunikace a vnímání a ritualizovat iniciální dotek*
- integrovat do procesu péče nebo pedagogické praxe také nejbližší sociální okolí uživatele, klienta, žáka (rodina, přátelé)*
- podporovat uživatele, klienta, žáka v jeho zachovalých schopnostech především v oblasti sebeobsluhy, schopnosti komunikačních, ale i pracovních a sociálních návyků*
- praxe orientovaná na respekt rytmu uživatele, klienta a žáka a jeho autonomie. „*

(Friedlová 2012: 2)

Koncept Bazální stimulace se během let stále vyvíjí a využívá spolupráce s jinými vhodnými koncepty. Klientovi jsou nabízeny terapeutické aktivity z více konceptů, které se vzájemně prolínají. Jejich volba závisí na aktuálních potřebách duševního, somatického a sociálního stavu klienta, např. Afolter koncept, Bobathových koncept, koncept kinestetiky, Bohm koncept, canisterapie, aromaterapie, Vojtova metoda, reflexní masáže, aj. (Friedlová 2010: 153)

6.2.3. Komunikace a význam doteku v konceptu Bazální stimulace

Komunikovat znamená „být ve spojení“. Komunikace je vědomá činnost lidského chování. Schopnost komunikovat má zřetelný vliv na kvalitu života. Komunikace je kompletní jev a je predisponována spoluprací všech smyslových orgánů, mozku a duševních pocitů. Je to proces, během kterého na sebe působí účastníci toho procesu. Aby mohla komunikace probíhat, musí komunikant i komunikátor být schopni informace vnímat, analyzovat a reagovat. Také musí chtít, umět a moci komunikovat. Komunikačními kanály v komunikačním procesu (verbálním či neverbálním) mohou být všechny smyslové orgány dle stavu a schopností klienta. (Friedlová 2003: 9)

Fröhlich in Hájková, 2001 vycházel při tvorbě konceptu Bazální stimulace z toho, že i těžce a kombinovaně postižení lidé jsou schopni prožívat a vnímat a mají k dispozici psychosociální kompetence. Mají také základní potřebu vnímání, pohybu a komunikace, ale sami tyto potřeby dokážou sotva uspokojit. Jelikož tito jedinci vnímají, jsou také schopni komunikace. Forma komunikace ale musí být pro jedince již známá, aby jí nebyl přetěžován. Bazální stimulace tak nabízí těmto osobám vnímání zkušeností, které nevyžadují žádné předpoklady a opírají se zkušenosti získané již z doby před narozením. (Hájková 2009: 115)

Komunikační kanály využívané v konceptu Bazální stimulace:

- „Somatický komunikační kanál
- Vestibulární komunikační kanál
- Vibrační komunikační kanál
- Auditivní komunikační kanál
- Optický komunikační kanál
- Olfaktorický komunikační kanál
- Taktilně – haptický komunikační kanál
- Orální komunikační kanál“

(Friedlová 2003: 9)

6.2.3.1. Dotek jako významný prvek v konceptu Bazální stimulace

Významným prvkem v komunikaci je dotek. Dotýkat se je jednou ze základních lidských schopností. Prostřednictvím doteku se k nám dostává spousta impulzů ze zevního prostředí, stejně jako naopak i my můžeme pomocí doteků komunikovat s okolím. Doteky mají v životě lidí různé role a významy. Například u umírajících osob a jejich blízkých často komunikace taktilní výborně nahrazuje komunikaci slovní. (Friedlová 2010: 36)

Dotek může způsobovat jistotu, teplo a bezpečí, ale také může ublížit či zranit. (Hájková 2009: 116)

Přes doteky poznáváme svět (např. dítě se učí poznávat nové předměty i tím, že si je musí osahat), ale využíváme je také v mezilidské komunikaci. (Friedlová 2003: 6)

Vlastními dotyky také získáváme informace o vlastním těle (zkřížení nohou, tření rukou, promnutí obličeje aj.). Osoby s těžkým postižením často nejsou bez pomoci takovýchto pohybů schopni, či pouze v omezené míře. Proto je vhodné jim toto poznání zprostředkovat např. při různých aktivitách – umývání, česání se, přičemž ruku postiženého lze vést, aby na svém těle cítil dotek svých rukou místo cizích. Tento způsob je vhodný také u seniorů, protože často z pocitu studu a bezmoci odmítají osobní hygienu, a takto jim umožníme zachovat si alespoň částečnou soběstačnost v sebeobsluze. (Hájková 2009: 117)

Dle Fröhliche lidé s postižením také potřebují tělesnou blízkost, aby mohli vnímat okolí. Dotek je jednou ze základních prostředků a forem komunikace s osobami s těžkým postižením, při nichž nemusí dopředu podat jakýkoliv výkon, ale vnímají jimi elementární podněty a dokážou jimi i elementární sdělení vytvářet. Tato forma komunikace zahrnuje prožívání sebe sama, poznávání svého těla a jeho hranic, vnímání nejbližšího okolního světa a seznamování se s ním, vnímání lidí kolem sebe a cítění přítomnosti druhého člověka. Komunikaci tvoří odpovědi na signály jedince s postižením (úšklebek

v obličeji, mrkání očí, dechová frekvence), čímž se vytváří vzájemná důvěra, vztah a nakonec také autonomie. (Hájková 2009: 116)

„Ruce terapeutů jsou médiem a umožňují získat klientovi spoustu informací o sobě samém i okolním světě. Taktéž prostřednictvím cíleně strukturovaných doteků lze poskytovat pedagogické nabídky žákům se speciálními vzdělávacími potřebami. U dětí s těžkou a hlubokou mentální retardací se jedná o pedagogickou podporu v kontextu somatické stimulace. Touto stimulací lze podpořit rovněž psychomotorický vývoj dítěte.“ (Friedlová 2003: 6)

Doteky všech pracovníků v pomáhajících profesích by měly být zřetelné a cíleně promyšlené tak, aby jejich nedostatečná kvalita nevyvolávala v klientovi nebo žákovi pocity nejistoty. Cílem kvalitně provedeného doteku je poskytovat orientaci a budit pocit důvěry. (Friedlová 2003: 6)

Koncept Bazální stimulace pracuje s dotekem (strukturované techniky stimulace vnímání tělesného schématu) a klade velký důraz na kvalitu doteku, nejedná se však o dotekovou terapii.

Nečekané a špatně cílené doteky mohou u klientů se změnami v oblasti vnímání vyvolávat pocit nejistoty, strachu, leknutí. Musíme tedy klientovi, žákovi se změnami v oblasti vnímání dát vždy zřetelně najevo, kdy začíná a končí naše přítomnost a činnost u něho pomocí tzv. iniciálního doteku = zřetelný a přiměřeně silný dotek vždy na stejném místě, většinou na rameni, paži či ruce, u dětí na šlapkách, které jsou velmi citlivé – dle biografické anamnézy. Iniciální dotek by pak měli při pozdravu a rozloučení užívat všichni, kteří přijdou s klientem do kontaktu. Měl by být rozhodně zaznamenán v dokumentaci klienta. (Friedlová 2003: 6)

6.2.3.2. Komunikace s osobami s postižením

Člověk, který následkem nějakého handicapu (smyslových orgánů, mentální retardace, demence, vigilního komatu, tělesného postižení) není schopen zpracovávat informace způsobem, jako člověk bez handicapu, není

nechápvavý, pouze informace v komunikačním procesu zpracovává jiným způsobem. Terapeut by pak měl umět úroveň komunikace přizpůsobit úrovni vnímání a zpracování informací daného člověka. (Friedlová 2010: 37)

„Nejdůležitější v komunikačních přístupech k těmto lidem je úcta a respekt.“ (Friedlová 2010: 44)

V příloze č. XX této práce lze nalézt Pravidla komunikace s klienty v konceptu Bazální stimulace – „Desatero Bazální stimulace“.

Pravidla komunikace při jednání s osobami se zdravotním a mentálním postižením v konceptu Bazální stimulace:

„Zohledňující prvky:

- *Bazální stimulace umožňuje terapeutům stimulovat vnímání klientů pomocí informací, které postrádají a naopak redukcí těch informací, které je zatěžují.*
- *Bazální stimulace znamená ubírat se společně po určitý čas stejnou cestou.*
- *Bazální stimulace se formuje ze vztahu mezi terapeutem a klientem.*
- *Bazální stimulace nabízí klientovi takové vjemy, u kterých může sám rozhodnout, zda je přijme, či ne.*
- *Bazální stimulace umožňuje klientovi, aby: vnímal hranice svého těla, mohl prožívat a mít prožitky, vnímal okolní svět, vnímal přítomnost jiného člověka.*
- *Bazální stimulace umožňuje klientovi poznat a akceptovat vlastní hranice.*
- *Bazální stimulace umožňuje ošetřujícím rozvinout vlastní kreativitu a realizovat své schopnosti.“*

Na základě výše zmíněných pravidel lze velmi úspěšně navázat komunikaci a podporovat rozvoj komunikačních, ale také pohybových a mentálních schopností za maximální možné akceptace osobnosti klienta s klienty se

zdravotním postižením a s klienty se změnami v mentální oblasti.“ (Friedlová 2010: 45)

„Znaky příjemného pocitu, otevření se okolí:

- *mžikání očima*
- *hluboký dech, vzdychání, sténání, bručení*
- *otvírání očí a úst*
- *pousmání, úsměv*
- *uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů, či naopak zvýšení svalového napětí*
- *klidné pohledy do okolí a na poskytované stimulační elementy*

Znaky nepříjemného pocitu, uzavření se do sebe:

- *zavírání očí a úst, blednutí*
- *neklidné, nepravidelné dýchání*
- *pláč, křik, sténání*
- *zvýšení svalového tonu, křečovitě držení těla, křečovitá mimika a pohyby*
- *reakce signalizující obranu, odvrácení se a gesta proti osobám, předmětům*
- *všeobecný motorický neklid a stereotypní chování*
- *paradoxní reakce (novorozenec)*
- *manipulace na vlastním těle a sebepoškozování se.“*

(Friedlová 2003: 10)

6.3. INSTITUT Bazální stimulace

INSTITUT Bazální stimulace poskytuje oporu zařízením, která pracují s tímto konceptem, proto jeho vzdělávací programy a další aktivity uvádím ve své práci.

Prof. Fröhlich a Prof. Bienstein vypracovali vzdělávací curriculum pro certifikované lektory konceptu, aby bylo zajištěno relevantní proškolení

pracovníků v pomáhajících profesích. Certifikovaní lektoři jsou sdruženi v Mezinárodní asociaci Bazální stimulace. (Friedlová 2003: 3)

V roce 2005 založila PhDr. Karolína Friedlová v České republice Institut Bazální stimulace a vyškolila tým lektorů, kteří lektorují základní a nástavbové kurzy. V roce 2008 promluvila na mezinárodním kongresu pořádaném Mezinárodní asociací Bazální stimulace o využívání Bazální stimulace v České republice a o implementaci konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské praxe, do pedagogického procesu u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a u poskytovatelů sociálních služeb. Od roku 2006 je INSTITUT Bazální stimulace smluvním partnerem Slovenské komory sester a porodních asistentek pro pořádání vzdělávacích akcí s tématem Bazální stimulace ve Slovenské republice a od roku 2009 je akreditován Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky k uskutečňování vzdělávacího programu Bazální stimulace, který je certifikován pro lékaře, zdravotní sestry, porodní asistentky, fyzioterapeuty a zdravotnické asistenty. (Friedlová 2010: 24)

Absolventi kurzů získávají certifikát vydaný Mezinárodní asociací Bazální stimulace a platný v celé Evropské Unii. V říjnu roku 2005 vznikl v České republice Institut Bazální stimulace a od té doby jsou všechny vzdělávací aktivity v konceptu Bazální stimulace pořádány jím a jsou akreditovanými vzdělávacími programy MZ ČR, MPSV ČR, MŠMT ČR a Ministerstva zdravotnictví Slovenské republiky. Teoretické i praktické vědomosti a dovednosti je možno získat v odborných akreditovaných kurzech pod vedením kvalifikovaných lektorů. Základní seminář má časovou dotaci 24 vyučovacích hodin a nástavbový 16 vyučovacích hodin. Nutným předpokladem k zařazení do nástavbového semináře je absolvování kurzu základního. (Friedlová 2003: 3)

„Autoři konceptu vypracovali systém vzdělávání lektorů, kteří zajišťují relevantní výškolení ošetrujících a integraci konceptu do klinické praxe. Koncept Bazální stimulace má také proto registrovanou ochrannou známku. Lektory semináře mohou být jen odborníci, kteří absolvovali několikaleté studium konceptu a získali certifikát lektora. Lektoři podléhají přísným

licenčním pravidlům a jsou povinni se dále v dané problematice vzdělávat na zahraničních seminářích. Koncept je takto právně chráněn před tím, aby nekompetentní osoba nepoškodila klienta v péči.“ (Friedlová 2006: 5)

INSTITUT Bazální stimulace je garantem kvality poskytovaných seminářů a supervizí na pracovištích, která s konceptem pracují. (Friedlová 2005: 8)

Supervize patří do profesionálního pracovního poradenství. Od roku 2006 PhDr. Karolína Friedlová superviduje proškolená zařízení. Pokud pracoviště projde v rámci celoživotního vzdělávání školením Bazální stimulace, je potřeba z důvodu garance kvality poskytovaného vzdělání, po určitém čase od skončení kurzu, podpořit pracoviště v práci s konceptem a zkontrolovat případné odchylky či nesrovnalosti. Cílem této supervize je:

- *„Podpořit a motivovat personál.*
- *Umožnit personálu sebereflexi.*
- *Analyzovat a provést korekci poskytované péče v konceptu bazální stimulace.*
- *Optimalizovat kompetence pro poskytování péče v konceptu bazální stimulace.*
- *Seznámit supervidované s novými postupy v konceptu bazální stimulace.*
- *Individuálně řešit aplikace konceptu u jednotlivých klientů, u nichž je koncept integrován do péče.*
- *Konzultovat záznamy implementace prvků konceptu do péče v dokumentaci klientů.*
- *Konzultovat strukturování individuálních plánů péče klientů.*“

(Friedlová 2008, s. 33)

Pro provedení supervize je nutné uzavřít smlouvu mezi objednavatelem a poskytovatelem supervize. Objednavatel obdrží předem dotazníky pro všechny zúčastněné osoby, které je vyplní a zašlou k analýze supervizorovi na INSTITUT Bazální stimulace. Samotná supervize probíhá nejprve formou

diskuse v kruhu, a poté probíhá přímo na pracovišti a u lůžek klientů. Při diskusi se ověřuje správnost údajů uvedených v dotaznících. Dále se prakticky procvičují stimulující techniky a pracovníci jsou seznamováni s jejich možnými modifikacemi. Analyzují se jednotlivé postupy, etiologie překážek a možných problémů v bazálně stimulující péči. Při úspěšném zakončení supervize je organizaci udělen certifikát pod hlavičkou Mezinárodní asociace bazální stimulace. Objednavatel rovněž obdrží protokol o supervizi. (Friedlová, 2008: 33)

Koncept Bazální stimulace je také od roku 2004 zohledněn ve Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví České republiky o stanovení činnosti náplně všeobecné zdravotní služby ve Sbírce zákonů č. 424/2004, § 4, odstavec h. (Friedlová 2003: 3)

Institut Bazální stimulace je také od roku 2005 patronem Dětského centra Domeček, p. o. v Ostravě (dříve Kojenecký ústav) a podporuje ho odborně, finančně i materiálně při péči o umístěné děti. (Friedlová 2010: 24)

V roce 2005 byl Českou televizí natočen první dokument o implementaci konceptu Bazální stimulace u poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb, kteří byli proškoleni INSTITUTEM Bazální stimulace v pořadu Klíč. Tento pořad byl velmi úspěšný, a proto byl několikrát reprizován. (Friedlová 2010: 24)

Institut Bazální stimulace také umožňuje vstup a účast v odborných kurzech maminkách s dětmi s postižením, či s dětmi předčasně narozenými. (Friedlová 2007: 13)

6.4. Poškození konceptu bazální stimulace

Pojem „Koncept Bazální stimulace“ bývá v České republice bohužel také zneužíván. Různé organizace pořádají neakreditované kurzy pod tímto názvem, který si propůjčují pro jeho nynější popularitu v péči o osoby se zdravotním postižením či dlouhodobě nemocné aj.

V roce 2005 v článku pro časopis Sestra uvádí Friedlová, že se začaly v České republice objevovat necertifikované semináře, které lektorují absolventi třídního semináře základního kurzu bazální stimulace. Protože je koncept Bazální stimulace opatřen ochrannou známkou, dochází k poškozování konceptu, a také účastníků těchto necertifikovaných seminářů. Certifikovaný lektor je absolventem čtyřsemestrálního postgraduálního studia konceptu, neustále se vzdělává a informuje posluchače o nových změnách a technikách konceptu. Lektor je také vázán licenčními pravidly a časová dotace lektorovaných seminářů nesmí být nižší než 18 vyučovacích hodin, aby byl zajištěn správný nácvik všech technik. Necertifikovaní lektori často poskytují semináře v rozsahu pouze 8 hodin. Někdy je nazývají Stimulací vnímání či Stimulující ošetrovatelskou péčí. Objevily se dokonce semináře Bazální stimulace jiných organizací, které však uvádí, že je lektoruje Karolína Friedlová. „*Musím bohužel oznámit, že osobně vůbec nevím, že se někde tento seminář pořádá a mé jméno si pořadatelé propůjčují bez mého souhlasu. Jedná se o klamání zákazníků, poškozování konceptu Bazální stimulace a mého jména. Proto byl v říjnu 2005 založen Institut Bazální stimulace, který je zárukou pořádaných kvalitních certifikovaných seminářů. Institut také do budoucna připravuje přenesení vzdělávacího kurikula pro lektory konceptu na území ČR.*“ (Friedlová 2005: 31)

6.5. Příklady možného využití konceptu Bazální stimulace

Pro představu o využívání konceptu Bazální stimulaci v praxi uvádím pět příkladů dobré praxe u různých typů pacientů v nemocnicích a osob ve speciálně pedagogické péči. Vybrala jsem právě tyto příklady, protože koncept Bazální stimulace je nejčastěji využíván v sociálních službách u osob se zdravotním postižením, takto chci poukázat také na další možná využití tohoto konceptu.

6.5.1. Bazální stimulace u klientů s diagnózou perzistentního vegetativního stavu

Lidé, kteří prošli stavem kómatu, dosvědčili, že nemocní cítí pozitivní i negativní emoce, a také bolest, kterou vnímají jako nedefinovatelný nepříjemný pocit, že se s jejich tělem děje něco, čemu nejsou schopni porozumět. Prochází stádii plného bdění a spánku. Pacient ve vigilním kómatu není v pasivním stavu, nýbrž aktivně vnímá až na nejhlubší úrovni vědomí, kterou zdravý člověk vnímá jen s obtížemi. Že je vigilní kóma aktivní životní činnost reflektuje ošetrovatelský přístup Bazální stimulace. Je užitečné se na svět nemocných v perzistentním vegetativním stavu dívat jejich očima, které vidí jejich stav jako život ve svém těle mezi dvěma světy, v prázdnotě, zapomnění či vězení. Perzistentní vegetativní stav je formou vigilního kómatu, která je většinou bez tendence ke zlepšování a s řadou komplikací následky či vlivem imobilizačního syndromu. Prognóza těchto nemocných při chronickém průběhu je nepříznivá, závisí také na věku a charakteru postižení. Přesto však takto rozsáhlá péče o pacienty v paliativní péči má jednoznačně smysl, minimálně pro zachování lidské důstojnosti, kterou s využitím konceptu Bazální stimulace pacient neztrácí. (Šándorová 2008: 9)

Cílem stimulačního programu pacientů s těžkou poruchou vědomí je stimulovat smysly pacienta s poruchou vědomí. Výzkumy, které se týkají dlouhodobého vlivu těchto programů, podávají zatím pouze omezené množství informací o jejich výsledcích, ale některé studie dokazují, že tento přístup může některým pacientům s poruchou vědomí opravdu pomoci. Někdy ale program může být i kontraproduktivní, proto je nutné, aby se rodina poradila s lékařem a získala od něj svolení. Také neregulovaná stimulace může pacientovi dokonce uškodit, proto je nutné domluvit se s ošetřující sestrou, která zná denní rytmus pacienta, aby se fáze stimulace střídala s fází odpočinku. Je vhodné si vytvořit vlastní stimulační program s každodenními aktivitami, jako omývání obličeje, česání aj., které jsou pro pacienta dobrou stimulací. Schopnost soustředění je však u lidí např. po poranění mozku jen krátkodobá (někdy jen minuta i méně), proto není vhodné pacientovi pouštět

hudbu či televizi déle, než 20 minut, pacient by si na zvuky zvykl a nepovažoval by je za stimul. Velice efektivní jsou vjemy, které jsou silné, kontrastní či mohou vyvolat vzpomínky či asociace. Je třeba sledovat pacientovy reakce (silná reakce, pokaždé stejná, změna reakce), pokud pacient působí vyděšeně, ve stresu či unaveně, je vhodné stimulaci přerušit. (CEREBRUM 2009: 10)

„Bazální stimulace je způsob, jak nemocnému s postiženým vnímáním usnadnit chápání okolního světa a snad i jeho návrat zpět. Lidský mozek totiž disponuje schopností uchovávat své životní návyky v paměťových drahách a s pomocí přemostění komunikační bariéry lze najít společnou řeč.“ Základním cílem péče je usnadnění průběhu hospitalizace nemocným i jejich blízkým. Hlavním psychologickým faktorem podpory, kterou zdravotnický tým může rodině poskytnout, je její zapojení do celé péče a blízký důvěrný kontakt mezi všemi účastníky péče. Úkolem ošetřujícího personálu je pochopit potřeby pacienta, poznat a porozumět jeho stylu komunikaci a tím mu poskytnout prostor pro lepší orientaci, jistotu a další rozvoj jeho osobnosti. Na pacienty je nutné nahlížet jako na osobnosti bez ohledu na jejich postižení a aktuální tělesný a duševní stav, respektovat a podporovat jejich zachované schopnosti a kompetence. Pacient má nad lůžkem umístěn popis iniciálního doteku. Zdravotní sestry vypracují pacientům denní plány péče, individuálně dle rozhovoru s rodinou nemocného, jeho dřívějších zvyků a životního stylu. U pacientů s výše uvedenou diagnózou je prováděna stimulace somatická (zklidňující koupel, ukládání pacienta do polohy hnízda, masáž stimulující dýchání), vestibulární (pasivní cvičení s rehabilitační sestrou, houpací pohyby na lůžku, otáčivé pohyby hlavy), optická (fotografie příbuzných či známých, malby či známé obrázky, blikání baterkou či pohyb prstem nebo obličejem v zorném poli pacienta, televize s oblíbenými seriály, pomoc pro uvědomění si rozdílu mezi dnem a nocí), auditivní (nahrávky hlasů příbuzných, vyprávění, poslech hudby či čtení oblíbené knihy), orální v kombinaci s péčí o dutinu ústní a nácvikem polykacího reflexu (kousek oblíbené chutné potraviny zabalené v mulu smočené ve vodě či sůl, med, káva, ocet, citrónová šťáva), olfaktorická (oblíbená vůně či pach – deodoranty, parfémy, potřeby vlastní hygieny, česnek,

rum, káva, cibule, máta peprná) a taktilně – haptická (známé materiály a věci – mobil, prádlo, ručník, věci užívané k výkonu povolání či dennímu režimu). (Šándorová 2008: 10)

Terapeut či rehabilitační pracovník dokáže rodině nejlépe poradit, které části těla je vhodné stimulovat a jakým způsobem s nimi pohybovat a měnit jejich pozice. Stimulace některých částí těla totiž může vyvolat spasmy. Je důležité, aby stimulující osoby používaly doteky, které pacient toleroval před úrazem (objetí, polibky, hlazení zad, ruky, obličeje, lechtání, doteky měkkým materiálem – samet, moher, pilníkem na nehty, kostkami ledu zabalenými v látce či naopak láhví s horkou vodou). (CEREBRUM 2009: 11)

6.5.2. Bazální stimulace na dětské resuscitační jednotce

Oddělení nemocnic poskytující péči kriticky nemocným lidem bývají většinou ponurá, strohá, s výrazným zápachem dezinfekce a míhajícím se zamračeným personálem. Takové prostředí v trpícím člověku a jeho blízkých povzbudí a zvýrazní negativní emoce a reakce. Na odděleních bazální stimulace však bývá barevně vymalováno, je zde množství obrázků a ručních prací zavěšených na stěnách a z jejich útrob dýchá cit, teplo a láska. Takto vypadající prostory pomohou pacienta i rodinu zklidnit a zároveň zvyšují její důvěru k ošetřujícímu personálu. Další jinakostí oddělení bazální stimulace rodiče vnímají při rozhovoru s ošetřujícím personálem, který s nimi rozmlouvá o životě jejich dítěte, jeho návycích, zlozvycích, zvyklostech a handicapech. Personál tak získává od rodičů cenné informace pro sestavení autobiografické anamnézy nemocného, která bude v další léčbě zásadním pomocníkem a průvodcem. Rodiče tak personál připravuje na budoucí spolupráci, protože ani sebelépe vyškolený personál v konceptu bazální stimulace není schopen předat nemocnému tolik lásky a citu jako jeho milující rodina. Rodiče jsou vyzváni k tomu, aby dítěti četli oblíbené pohádky, pouštěli mu oblíbenou hudbu, nahrávky hlasů kamarádů a rodiny, aby přinesli oblíbené věci s charakteristickou vůní domova. Mohou si k dítěti lehat do lůžka, držet ho, obejmout, hladit a masírovat. Dělají vše, co dítě mělo rádo a na co bylo zvyklé doma. Nikdo nemůže tušit, který impuls z vnějšího prostředí nastartuje aktivitu

zdravé části mozkové tkáně a přebere na sebe funkci tkáně poškozené. (Wolfová: 2006: 27)

Někdy se stává, že manželství rodičů nevydrží psychický nápor a odloučenost z důvodu pobytu u dítěte, a rozpadne se. Jindy se naopak nemoci dítěte rodina stmelí. Rodič však nemusí situaci zvládnout zdravotně. Kvalitní personál užívající bazální stimulaci ošetřují nemocné i duši s empatií, lidským přístupem a pochopením. (Wolfová: 2006: 27)

6.5.3. Bazální stimulace u nedonošeného novorozence

Friedlová, ředitelka Institutu Bazální stimulace, matka nedonošeného miminka sděluje všem matkám: *„Těžkou životní situaci, kterou prožíváte, Vám může stěžovat pocit bezmocnosti. Chtěli byste svému děťátku pomoci, ale nevíte jak. Díváte se na něj přes stěnu inkubátoru, mateřský cit Vás naplňuje a nutí dítě pochovat, pohladit. Jste zoufalé, že Vás od Vašeho miminka odděluje plastová stěna, navíc má Vaše dítě možná spoustu hadiček a možná je také napojeno na ventilátor (přístroj, který za něj dýchá). Všechny ty hadičky a přístroje ale momentálně potřebuje k zvládnutí dané situace. Koncept Bazální stimulace dává možnost podpořit Vaše miminko v jeho psychomotorickém vývoji a Vám vkládá do ruky nástroj, umožňující Vám na základě aktivní práce (stimulace) s Vaším miminkem učinit Vás opět „mocnými“. Máte možnost být aktivní, spoluúčastnit se s týmem zdravotníků na péči a tak provést Vaše dítě touto těžkou situací.“* (Friedlová 2007: 4)

Porod je obrovský zážitek a zároveň stresující situace pro matku i miminko. Těhotenství, příchod na svět a následná adaptace člověka ovlivňuje na celý život, může dojít i k různým blokům. O to komplikovanější, těžší a ještě více traumatizující je situace při předčasném či komplikovaném porodu. Každý kontakt maminky s miminkem i přes stěny inkubátoru by měl být plný lásky, důvěry a jistoty v sílu a regenerační schopnost dítěte. Kaiserová říká: *„Pozerajte sa na svoje diťa, pozorujte ho. Budete tak citlivejšia voči jeho prejavom, lepšie mu porozumíte a teda môžete mu poskytnúť viacej stimuláci.“*

Častý kontak medzi Vami a dieťaťom ovplyvní Vaše správanie i správanie Vášho dieťaťa. “ ((Friedlová 2007: 5)

Již při pobytu na JIP se rodiče mohou aktivně účastnit péče stimulující psychomotorický vývoj jejich miminka. Pomáhají tím i sobě, protože se necítí v nastalé situaci úplně bezmocní. Nedonošenému dítěti, které se mělo nacházet ještě v děloze, kde by dostávalo podněty potřebné k jeho psychomotorickému vývoji, lze poskytnout adekvátní stimulaci, kterou mu pobyt v děloze lze co nejvíce nahradit. Jedná se o stimulaci somatickou, vibrační a vestibulární a koncept Bazální stimulace má vypracované techniky, kterými lze tuto trilogii stimulů dítěti zprostředkovat i mimo dělohu. Miminko v inkubátoru může být zabaleno do pelíšku, který ohraničuje hranice jeho těla, jako předtím děloha. Pokud je to možné, je velice dobré dítě hladit a ukládat si ho na hrudník (klokánkování), fyzický kontakt je nejdůležitější. Dítě uložené na těle matky dostává všechny potřebné stimuly, tlak těla mu umožňuje somatickou stimulaci, pohyb hrudníku matky při dýchání stimuluje jeho vestibulární aparát, a pokud na něj matka hovoří, vnímá dítě také vibrace jejího hlasu. Vhodné je také koupání dítěte v koupacích kyblíčcích, které poskytují dítěti podněty podobné jako děložní. Při krmení dítěte žaludeční sondou či infuzní výživou je důležité, aby u dítěte nedošlo k vymizení sacího reflexu, čemuž lze zamezit tím, že je mu v pravidelných intervalech (při aplikaci výživy do sondy) vkápnuto alespoň několik kapek mateřského či umělého mléka nebo glukózy do úst. Velmi důležité je také na dítě stále mluvit, i přes inkubátor, protože hlas matky dítě uklidňuje a dodává mu pocit jistoty. Pokud matka nemůže být v nemocnici stále přítomna, je možné nahrát hlas na diktafon, aby jej dítě slyšelo alespoň z přehrávače. (Friedlová 2007: 7)

Po propuštění do domácí péče může rodina pokračovat ve stimulaci trilogie. Zavínování dítěte do zavinovačky dává dítěti možnost stále vnímat jeho tělesné schéma a cítí se v ní v bezpečí jako v děloze. Intenzivní somatickou stimulací jsou také baby masáže, které zároveň prohlubují pouto mezi rodičem a dítětem. Vestibulární a vibrační stimulaci děti vyžadují samy a

během nich se zklidňují (nošení, houpání, jemné poklepávání, zpěv aj.) (Friedlová 2007: 8)

Pokud se dítě začíná opožďovat v psychomotorickém vývoji, je také možné používat koncept Bazální stimulace a jeho speciální techniky pro podporu jejich psychomotorického vývoje. U dítěte s hypotonií (snížené svalové napětí) se aplikují techniky povzbuzujících somatických stimulací. U dětí velmi předčasně narozených se používá takzvaná rozvíjející somatická stimulace. Naopak u dětí dráždivých či neklidných se aplikuje technika zklidňující. U dětí s DMO (dětskou mozkovou obrnou) se užívá technika neurofyziologické somatické stimulace. Všechny tyto techniky, ale především techniku zklidňující somatické stimulace, lze využít jako přípravu i zakončení cvičení dle Vojtovy metody i jiných podobných metod či konceptů. (Friedlová 2007: 11)

6.5.4. Bazální stimulace v základní a mateřské škole speciální

Základní a mateřská škola speciální Kyjov v jihomoravském kraji využívá při výuce koncept bazální stimulace. Byl zde proveden výzkum, který ukázal, že pedagogové koncept denně ve své práci využívají a v devadesáti procentech se dále v oblasti bazální stimulace vzdělávají. Využívané pomůcky zde jsou rehabilitační míče, deky, balanční plochy, klíny, válce, polštáře, ladičky, hudební nástroje, vibrační hračky, chrastítka, masážní a elektrické strojky, míče, kuželky, peříčka, lampy s barevnými svítidly, obrázky a hmatově zajímavé hračky. Nejčastěji jsou ve škole využívány metody stimulace somatické, akustické a taktilně – haptické. Pedagogové této školy se shodují, že při aplikaci bazální stimulace zaznamenávají velmi dobré výsledky. Koncept dětem přináší nové, příjemné a povzbuzující zkušenosti. Mnozí z dětí s postižením by bez této stimulace zažívaly jen strach, bolest a úzkost. (Hájková 2009: 54)

6.5.5. Bazální stimulace v logopedické péči

Bazální stimulace lze využít u dětí s řečovým postižením (vývojovou dysfázií, dysartrií a mutismem) v raných fázích stimulace a v počátečním kontaktu s klientem s těžkým řečovým postižením pro akceleraci vzájemné spolupráce. Klinický obraz dysfázie, dysartrie a mutismu přesahuje oblast řečovou do oblasti motorické a sociální komunikace. Dobře využitelná je somatická a taktilně haptická stimulace. Rukou člověk pohybuje trojrozměrně, což perfekcionalizuje její poznávací funkci a zkušenosti, které uchovává v paměti. Při taktilně-haptické stimulaci u dětí s dysfázií a mutismem lze pracovat např. v oblastech:

- a) prostředí / plocha, kde se aktivita odehrává
- b) stimulace horních končetin
- c) předmětová komunikace
- d) sociální komunikace
- e) otevřený vztah mezi logopedem a klientem
- f) předpoklady pro vstup do osobní zóny dítěte – míčkování.

Těmito metodami si děti uvědomují jednotlivé části svého těla a získávají pocit pohody a bezpečí. Užívání technik, které vedou k prožívání libých pocitů, úspěšnosti, k základním krokům v sociální komunikaci, vytváří základ, díky kterému lze dále budovat a prohlubovat speciálně pedagogické a logopedické působení. (Hájková 2009: 91)

7. KONCEPTY SOUVISEJÍCÍ S KONCEPTEM BAZÁLNÍ STIMULACE

Ve své práci uvádím také níže uvedené metody a koncepty, které souvisejí s konceptem Bazální stimulace a v praxi se mohou vzájemně prolínat a doplňovat. Je užitečné využívat při práci s klienty všechny možnosti pomoci a podpory, které jim mohou pomoci rozvinout jejich vnímání, schopnosti a dovednosti, rozšířit obzory a zlepšit jejich psychický i fyzický stav, což je také cílem konceptu Bazální stimulace.

Bazální stimulace vychází z poznání, které člověk získal zkušenostmi a schopnostmi před narozením a v kojeneckém období. Na tyto zkušenosti navazuje a nabízí člověku s postižením pocit tělesné blízkosti oslovující především tělesné prožívání. Vnímání, pohyb a komunikace zapojují jedince s postižením a pomáhají mu v jeho rozvoji. Doteky zprostředkovávají orientaci na vlastním těle a v blízkém okolí, blízkost, bezpečí a pocity celosti, absolutnosti, tělesnosti, což představuje zakotvení jedince ve světě. Tyto myšlenky jsou využívány nejen v konceptu Bazální stimulace, ale také v rámci terapií či při práci ve snoezelenu a relaxačních místnostech. Dále se mohou využívat v první fázi po nehodách, úrazech a dalších zdravotních obtížích vyžadujících hospitalizaci. Například ve snoezelenu je stimulace zaměřena zejména na rozvoj vnímání, poznávání sama sebe, vlastního těla a okolí s využitím různých pomůcek. Doteky mohou také stimulovat k činnosti, podněcovat, aktivovat, ale také zklidňovat, poskytovat bezpečí či odbourávat strach. (Hájková 2009: 118)

7.1. Baby masáže

Člověk měl a má přirozenou potřebu být milován, dotýkán a hlazen, stejně tak ale i milovat, dotýkat se a hladit, aby se mohl po tělesné, duševní a citové stránce zdravě vyvíjet. Masáže jsou tedy jedním z nejstarších způsobů uzdravování.

Technika Baby masáže se skládá ze tří druhů:

- indická masáž, která uvolňuje napětí,
- švédská masáž, která stimuluje krevní a lymfatický oběh,
- masáž chodidla (vyvinutá z reflexních technik), která zajišťuje energetickou rovnováhu orgánů a soustav.

Masáže doplňují také prvky z jógy, které zlepšují kolikovitě stavy, vznikající z fyziologických či psychických příčin. Baby masáže dítěti navozují pocit pohody, klidu, bezpečí a radosti a prohlubují empatii a cit mezi rodiči a dětmi, kteří masážemi neverbální komunikací projevují svou lásku, což má pro dítě velkou citovou i léčebnou sílu. Skvěle účinkuje na trávení a peristaltiku střev. Tím, že si dítě masáží uvědomuje své tělo, poznává ho a přijímá, čímž se zlepšuje spánkový rytmus a odolnost vůči nemocem. Švédskou masáží se stimuluje krevní oběh a organismus dítěte se správně okysličuje. Rozvíjí také svalstvo hrudníku, čímž se zajišťuje správné držení těla, uvolňují se či zpevňují spasmy a zlepšuje se koordinace pohybů. Stimulují se též vazby mezi mozkem a periferními nervy a mezi mozkovými nervy navzájem. Dotečky v blízkosti kloubů dochází k uvolňování hormonů do organismu, čímž je uvolňován pohybový aparát. Dlouhodobé používání Baby masáží ovlivňuje vývoj dítěte, pomáhá mu zapomenout na poporodní trauma a stává se z něj klidnější a vyrovnanější osobnost. Pomáhá také dětem předčasně narozeným, dětem s poruchami učení a lehkou mozkovou dysfunkcí, dětem s Downovým syndromem či autismem. Pozitivně lze také ovlivnit stavy astmatiků, alergiků a ekzematiků. Masáž působí preventivně, léčebně i regeneračně, obnovuje rovnováhu životní energie. U dítěte s vážnými zraněními pomáhá masáž jako citová, mentální a vzpomínková relaxace. Slouží k sebezpřijetí a sebeuvědomování dětem i rodičům, kteří se tak dokážou postupně zbavovat pocitu viny, citových zranění a nalézají lásku a pouto mezi sebou a svým dítětem. (Friedlová 2007: 18)

7.2. Bazální komunikace

Bazální komunikace je koncept zabývající se způsobem komunikace s osobami s těžkým postižením. Jejím tvůrcem je Winfried Mall, který vychází z myšlenky, že každý člověk je schopen komunikace, pokud dokážeme najít vhodný způsob. Komunikace začíná zachycením určitého projevu a vhodnou odpovědí na něj (např. křik novorozence, na nějž je odpovědí kojení matky). (Hájková 2009: 118)

Mall uvádí, že základním specifikem Bazální komunikace je dechový rytmus, kterým lze navázat kontakt s osobou s mentálním postižením či s jedincem s autistickými rysy např. společným kolébáním se v rytmu dechu, kdy je osoba s postižením v náručí druhého člověka. Tato pozitivní základní komunikace pomáhá k budování důvěry a odbourávání strachu mezi zúčastněnými. Jejím prožitkem zažívá osoba s postižením pocit bezpečí, jistoty a zájmu. Ne však každý člověk musí být hned přístupný a vnímavý k dotekům jiné osoby, proto je třeba pozorně sledovat, zda u jedince s postižením nedochází k neolibým pocitům, strachu či napětí. Také je třeba dát pozor, aby se chování nestalo stereotypním, hlavně u osob s autismem, pro které je jinak tento koncept velice vhodný, protože nevyžaduje oční kontakt. (Hájková 2009: 119)

7.3. Polohování

Pravidelnými změnami polohy klienta se nejen zabraňuje nadměrnému působení tlaku na tlakové body a vzniku dekubitů, ale zajišťuje se jím také okysličování a prokrvování tkání a snižuje se jím psychická zátěž jedince, čímž se zlepšuje i jeho obranyschopnost. Při polohování nesmí být klient uložen do polohy, která je nepřirozená, jako např. zalehnutá ruka pod tělem či prohnutá záda. K polohování se využívají také různé pomůcky pro podkládání částí těla – polštáře, ručníky, prostěradla, gelové podložky, antidekubitní matrace a molitanové válce, klíny a kužely. Vhodné jsou šikmé polohy, které rozkládají působení tlaku. (Hájková 2009: 134)

Polohování musí být systematické a musí se řídit určitými pravidly, která sestaví rehabilitační pracovník ve spolupráci s lékařem a případně také speciálním pedagogem a dodržovat je musí všichni pracovníci. Polohuje se v křesle, na vozíku i na lůžku, a to v intervalech nastavených rehabilitačním pracovníkem podle aktuálního stavu jedince. Při stravování je vhodné využívat polohy vsedě, či v polosedu, aby bylo zabráněno problémům při polykání potravy. (Hájková 2009: 135)

7.4. Senzomotorická stimulace

Senzomotorická stimulace je souborem aktivit, který má za cíl podnětění a podporu pozitivních vývojových změn ve vývoji jedince v oblastech senzoryky, motoriky, komunikace, vitálních funkcí a příjmu potravy. Podporuje také učení, rozvíjí emocionalitu a socializaci jedince, které jsou součástí jeho celkového rozvoje osobnosti. Základní součástí senzomotorické stimulace je úprava prostředí podle aktuálně dosaženého stavu jedince, s cílem iniciovat proces jeho aktivního učení. Tato stimulace, stejně jako koncept Bazální stimulace, vychází z poznatků z intrauterinního a extrauterinního období. Senzomotorické vnímání je jedním z nejdůležitějších předpokladů fungování organismu jako celku a organismu ve vztahu k okolí. Pomocí hry je senzomotorická stimulace uplatňována při činnostech spojených s dotykem, kontaktem s předměty, jejich vnímáním a uchopováním, s pohybem spojeným s vibracemi přenášnými na tělo při vytváření polohy těla a její stabilizaci. Aktivace somatosenzorického systému je zásadní v konceptu Bazální stimulace i dalších metod, např. funkcionální diagnostika v Neuromotorické vývojové terapii a Orofaciální regulační terapii dle Castillo Moralese. (Hájková 2009: 94)

7.5. Snoezelen

Snoezelen je multifunkční koncept podpory, který je prováděn ve speciálně vybavené místnosti, tzv. multisenzoriální místnost, v níž se užívají různé světelné a zvukové efekty, hudba, aroma působící na smysly člověka

k aktivizaci, nebo naopak ke zklidnění. Snoezelen se dá využít jako terapie, ale také jako podpora ve výchovně vzdělávacím procesu osob s kombinovaným postižením, osob se smyslovým, duševním či psychomotorickým postižením. Tuto metodu však lze využít i při práci se seniory, především se seniory s demencí, Alzheimerovou chorobou atp. Kvalita a efektivita snoezelenu však závisí na koncepci a vybavení multisenzoriální místnosti, která musí splňovat přísné požadavky hygienické, terapeutické a bezpečnostní. (Hájková 2009: 137)

Snoezelen byl vytvořen v Holandsku roku 1978 a postupně se rozšířil do dalších 24 zemí celého světa. V Německu například funguje přes 1200 snoezelenů, hlavně v zařízeních pro osoby s mentálním postižením a pro seniory, ale i na psychiatrických odděleních nemocnic, na onkologických, neurologických a pediatrických klinikách a v mateřských školách. (Hájková 2009: 138)

Snoezelen centra skandinávského typu dělí snoezelen místnosti na taktilní místnost, bílou a černou místnost, místnost pro malé děti, místnost pro experimentaci s různými materiály, hudební místnost atd. (Hájková 2009: 138)

Náklady na vznik této místnosti mohou být okolo 300 000 Kč, ale na vybavení a zařizovacích předmětech nelze šetřit z důvodu kvality a bezpečnosti terapie. Lépe je pořizování předmětů po částech dle finančních možností organizace. (Hájková 2009: 141)

Příklady doporučeného vybavení pro jednotlivé druhy terapií:

Světelná terapie – vodní sloupky s bublinkami, plovoucími rybičkami či kuličkami aj. kotvené do stropu či do stěny, hvězdné nebe, zrcadlová „disco“ koule s barevným spektrem, světélkující hračky (kuličky, míčky, tyčinky, zvířátka), různé světelné kabely znázorňující vodopád, mléčnou dráhu aj., promítací přístroj s výměnnými kotoučky znázorňujícími hvězdné nebe, deštný prales, vodní svět a další.

Aromaterapie – přístroje šířící vůně do prostoru s ventilátorkem, přírodní éterické oleje.

Muzikoterapie pasivní – CD a hudební nosiče s relaxační, meditační, Etno hudbou.

Muzikoterapie aktivní – přímá účast na hudbě – tyčinky, bubínky, tamburinky, zvonečky, tibetské misky a další pomůcky.

Mobiliář – instalace pódíí, vhodné obklady stěn, odpočinkový a relaxační nábytek, závěsná houpací křesla, „hnízda“ a různé sítě, polštáře, žíněny, vibrační lůžka, míčkové bazénky (s čističkou míčků), sedací pytle, formovatelné vaky, skladebné kostky, vodoléčba (s možnou perličkou), infračervené světlo apod. (Hájková 2009: 143)

8. TERÉNNÍ ŠETŘENÍ

Terénní šetření je prostředkem kvantitativního empirického šetření v sociálních vědách. Kvantitativní šetření o vztahu proměnných je ústřední strategií kvantitativního výzkumu. Je tedy hlavní částí šetření. (Punch 2008: 36)

8.1. Cíle terénního šetření

Provedení terénního šetření je základní a hlavní činností pro zjištění, zda a jakým způsobem je využíván koncept Bazální stimulace v České republice, resp. v sedlčanském regionu v oblasti školství, sociálních služeb a zdravotnictví. Sebrané informace od respondentů, osob zaměstnaných v těchto institucích, pomohou potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy mé práce.

8.2. Metody práce

Terénní šetření bylo prováděno nejprve telefonickým dotazováním všech zařízení v sedlčanském regionu ohledně přítomnosti osoby s postižením či ve vážném zdravotním stavu a využívání konceptu Bazální stimulace. Z 29 dotázaných zařízení je v 15 přítomna osoba se zdravotním postižením či s vážným dlouhodobým onemocněním. Dále bylo v těchto 15 zařízeních vykonáno dotazníkové šetření (částečně anonymní) ohledně využívání či nevyužívání konceptu Bazální stimulace, které probíhalo od počátku ledna do konce února tohoto roku. Vyplněno bylo 15 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 100%, protože jsem s respondenty vyplňovala dotazník osobně, a to buď v místě jejich pracoviště, nebo jejich bydliště. Pro doplnění informací o využívání konceptu Bazální stimulace byl kontaktován Institut Bazální stimulace, kde jsem získala další informace o této problematice.

8.3. Zařízení na Sedlčansku

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Název	Adresa	Přítomnost osoby s postižením či ve vážném zdrav. stavu	Využívání Bazální stimulace
Nalžovický zámek, p. s. s.	Nalžovice 14, 262 93 Nalžovice	ANO	někteří pracovníci ANO
Domov Svatý Jan, p. s. s.	Svatý Jan 40, 262 56 Krásná Hora nad Vltavou	ANO	někteří pracovníci ANO

Soukromá zařízení sociálních služeb

Název	Adresa	Přítomnost osoby s postižením či ve vážném zdrav. stavu	Využívání Bazální stimulace
Mela, o. p. s.	Zahradní, 264 01 Sedlčany	ANO	většina pracovníků proškolená BS I. a II.

Domovy pro seniory

Název	Adresa	Přítomnost osoby s postižením či ve vážném zdrav. stavu	Využívání Bazální stimulace
Domov Sedlčany, p. s. s.	U Kulturního domu 746, 264 01 Sedlčany	ANO	NE
Gerimed, a. s.	Vítkovo nám. 3, 257 91 Sedlec - Prčice	ANO	NE
Verdana, s. r. o.	Dublovice – Líchovy 6, 264 01 Sedlčany	ANO	někteří pracovníci ANO

Zdravotnická zařízení

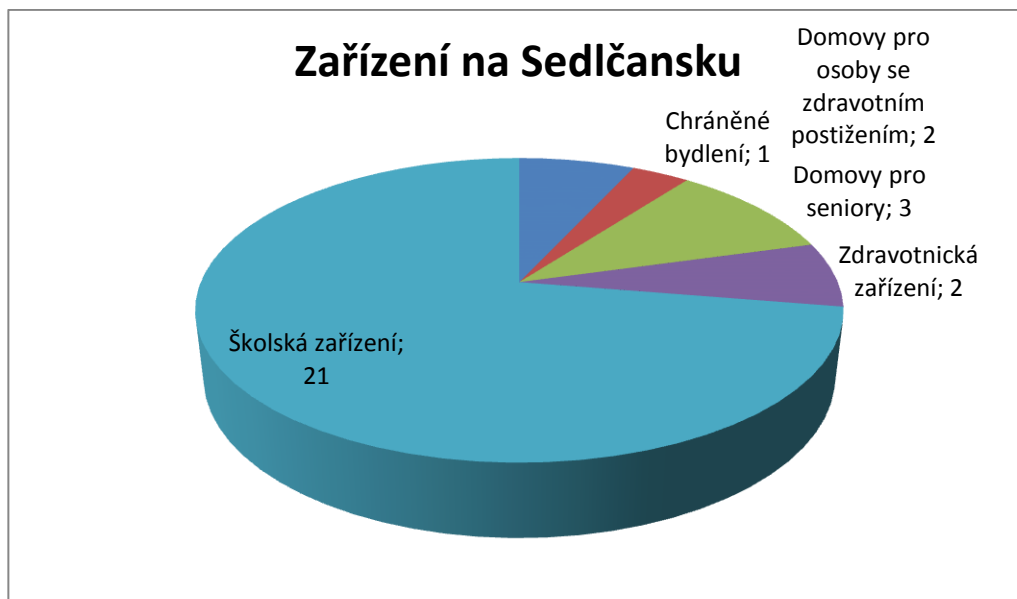
Název	Adresa	Přítomnost osoby s postižením či ve vážném zdrav. stavu	Využívání Bazální stimulace
Mediterra - Sedlčany, s. r. o.	Tyršova 161, 264 01 Sedlčany	ANO	někteří pracovníci ANO
Gerimed, a. s.	Vítkovo nám. 3, 257 91 Sedlec - Prčice	ANO	NE

Školská zařízení

Název	Adresa	Přítomnost osoby s postižením či ve vážném zdrav. stavu	Využívání Bazální stimulace
MŠ Sedlčany	Šafaříkova 1070, 264 01 Sedlčany	NE	NE
MŠ Kosova Hora	Kosova Hora 325, 262 91 Kosova Hora	NE	NE
1. ZŠ Sedlčany	Primáře Kareše 68, 264 01 Sedlčany	1 dítě s Aspergerovým syndromem 1 dítě se svalovou atrofií	NE
2. ZŠ Propojení	Příkrá 67, 264 01 Sedlčany	1 dítě s autismem	NE
3. ZŠ Konečná	Konečná 1090, 264 01 Sedlčany	ANO	ANO
ZŠ a MŠ Jesenice u Sedlčan	Jesenice 10, 264 01 Sedlčany	1 dítě s ADHD	NE
ZŠ Kosova Hora	Kosova Hora 85, 262 91 Kosova Hora	NE	NE
ZŠ a MŠ Klučenice	Klučenice 1, 262 56 Krásná Hora nad Vltavou	NE	NE
ZŠ a MŠ Chlum	Nalžovice – Chlum 16, 262 93 Nalžovice	NE	NE
ZŠ a MŠ Sedlec – Prčice	Školní 160, 257 91 Sedlec – Prčice	NE	NE

ZŠ a MŠ Krásná Hora nad Vltavou	Krásná Hora nad Vltavou 103, 262 56	NE	NE
ZŠ a MŠ Vysoký Chlumec	Vysoký Chlumec 5, 262 52 Vysoký Chlumec	ANO	NE
ZŠ a MŠ Dubovice	Dubovice 56, 262 51 Dubovice	NE	NE
ZŠ Petrovice	Petrovice 196, 262 55 Petrovice	dítě s autismem (bez MP)	NE
ZŠ a MŠ Nechvalice	Nechvalice 25, 264 01 Sedlčany	NE	NE
ZŠ a MŠ Počepice	Počepice 41, 262 55 Počepice	NE	NE
DDS, ZŠ a ŠJ Sedlec – Prčice	Luční 330, 257 91 Sedlec – Prčice	NE	NE
ZŠ, DD, Přípravný stupeň ZŠ speciální a ŠJ	Přestavlky 1, 257 91 Sedlec – Prčice	ANO	NE
G a SOŠ ekonomická	Nádražní 90, 264 01 Sedlčany	NE	NE
SOU Sedlčany	Petra Bezruče 364, 264 01 Sedlčany	NE	NE
SOU Sedlčany, o. p. s.	Na Červeném Hrádku 766, 264 01 Sedlčany	NE	NE

V sedlčanském regionu převládají školská zařízení (mateřské školy, základní školy, střední odborná učiliště, střední školy a dětské domovy) v počtu dvacet jedna, dále jsou zde lokalizovány tři domovy pro seniory, dvě zdravotnická zařízení, dva domovy pro osoby se zdravotním postižením. Pro názornost uvádím níže grafické znázornění zmapovaných zařízení.



Z těchto dvaceti devíti zařízení se v patnácti (52%) vyskytuje osoba se zdravotním postižením či ve vážném zdravotním stavu a ve čtrnácti (48%) z nich nikoliv, jak znázorňuje níže uvedený graf.



8.3.1. Nalžovický zámek, p. s. s.

Nalžovický zámek, poskytovatel sociálních služeb je domovem pro osoby se zdravotním, především mentálním a kombinovaným postižením. Pobytové služby jsou zde poskytovány osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu svého postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V tomto zařízení může žít maximálně 50 osob. (Nalžovický zámek, p. s. s. 2013: [online])

8.3.2. Domov Svatý Jan, p. s. s.

Poskytovatel sociálních služeb, Domov Svatý Jan nabízí klientům služby související s dlouhodobou podporou, pomocí a péčí, jejichž cílem je naplňovat individuální zájmy, potřeby a přání klientů tak, aby žili co nejběžnějším způsobem života. Zaměřuje se na mládež a dospělé osoby s mentálním postižením či osoby s mentálním postižením v kombinaci s dalším postižením, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc další osoby. Tato organizace poskytuje sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením, podpora samostatného bydlení a odlehčovací služby. (Domov Svatý Jan, p. s. s. 2011: [online])

8.3.3. Mela, o. p. s.

Mela je obecně prospěšná společnost a zároveň poskytovatel sociálních služeb se sídlem v Konárovicích, která vznikla roku 2008. Organizace je členěna na chráněné bydlení Kolín, chráněné bydlení Nalžovice a sociálně terapeutickou dílnu v Sedlčanech. Kromě těchto dvou služeb poskytuje v Sedlčanech také bezplatné sociální poradenství. Jejím posláním je podpora a pomoc lidem s mentálním a kombinovaným postižením, kteří jsou vzhledem ke svému postižení znevýhodněni v mnoha oblastech, především v sociálním začlenění a pracovním uplatnění. Klienti jsou motivováni k mnoha pracovním a aktivizačním činnostem, které jim umožňují být součástí sociálního prostředí a žít život odpovídající životu vrstevníků běžné populace. Snahou této

společnosti je vytvořit pro své klienty možnosti pro zvýšení jejich samostatnosti a nezávislosti na cestě k běžnému životu v přirozených podmínkách lidské společnosti mimo velké ústavy. Proto jsou jejími hlavními činnostmi provozování chráněného a podporovaného bydlení a sociálně terapeutické dílny. (Mela, o. p. s. 2009: [online])

8.3.4. Gerimed, a. s.

Společnost Gerimed poskytuje služby Domov seniorů a Léčebna dlouhodobě nemocných. V roce 2007 prodal Středočeský kraj zdravotnické zařízení LDN Prčice soukromému vlastníkovi – společnosti Gerimed, která byla založena v roce 1999. Nový majitel připravil a v roce 2009 – 2010 zrealizoval projekt na rozšíření lůžkové kapacity stávajícího zařízení a vytvořil zde lůžka zdravotně-sociální, tj. sociální službu domov seniorů. Celková kapacita nové budovy je 88 lůžek, z čehož 54 lůžek je určeno pro Dům seniorů. (Gerimed, a. s. 2010: [online])

8.3.5. Domov důstojného stáří Harmony

Zařízení poskytuje péči seniorům trpícím různými formami demence (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba aj.), plně či částečně imobilním a po mozkových příhodách. (Domov důstojného stáří Harmony 2010: [online])

Domov poskytuje ubytování maximálně 28 klientům v klidném prostředí s individuálním přístupem a odbornou péčí včetně péče psychiatrické. Zařízení nabízí klientům možnost nadstandardní péče, trvalé, krátkodobé i odlehčovací pobyty a denní stacionář. (Domov důstojného stáří Harmony 2010: [online])

8.3.6. Domov seniorů Sedlčany

Domov vznikl v roce 1977 s kapacitou 320 lůžek. Nyní je kapacita domova 300 lůžek. Domov poskytuje pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Tyto služby zahrnují služby sociální, zdravotní a ošetrovatelské. (Domov seniorů Sedlčany 2010: [online])

8.3.7. Mediterra Sedlčany, s. r. o.

Nemocnice Sedlčany poskytuje pod heslem „Přátelská nemocnice“ široké spektrum akutní i následné hospitalizační péče. Ambulantní služby zajišťuje přilehlá poliklinika. (Mediterra Sedlčany, s. r. o. 2010: [online])

8.3.8. 1. základní škola Sedlčany

1. základní škola Sedlčany, Primáře Kareše 68 byla v Sedlčanech zřízena v roce 1890. V minulosti tato škola patřila k největším ve Středočeském kraji, navštěvovalo ji okolo 1300 žáků. Nyní ji navštěvuje až 600 žáků a její kapacita je 750 žáků. Žáci sem dochází nejen ze Sedlčan, ale také z okolních obcí. Škola má také dlouholetou tradici v integraci žáků se SPU i se zdravotním postižením. Integrovaní žáci mají na základě doporučení od pedagogicko-psychologické poradny či speciálně pedagogického centra vypracovaný vlastní individuální vzdělávací plán, který škola pravidelně aktualizován a doplňován. Základní škola poskytuje servisní služby: školní družina, školní klub a školní knihovna, která úzce spolupracuje s knihovnou městskou. 1. Základní škola se zaměřuje ve svém školním vzdělávacím programu především na práci s výpočetní a komunikační technikou, výuku cizích jazyků od první třídy, sportovní výchovu, inkluzivní vzdělávání a nabídkou svých volitelných předmětů. (1. základní škola Sedlčany 2010: [online])

8.3.9. 2. základní škola Sedlčany

2. základní škola – škola Propojení Sedlčany vznikla 1. 9. 1993 a zahájila vyučování s deseti třídami a 250 žáky. V současnosti funguje 18 tříd s 400 žáky. Již od svého počátku získala škola označení „alternativní“, jelikož vznikla v době, která byla nakloněna systémovým změnám ve školství. Škola Propojení si vytyčila své dvě hlavní priority: důraz na aktivity doplňující a osvěžující výuku a přístup k žákům na principu partnerství, které zahrnuje především partnerskou komunikaci, slovní hodnocení, Psaníčka, výjezdy do zahraničí, „přijímačkové“ kurzy, užší spolupráci s rodiči, jejich návštěvy ve třídách, učení nejen v budově školy. Název školy Propojení se stal samozřejmě i názvem školního vzdělávacího programu. Kořeny této školy jsou položeny 5x propojením: propojení mezi staršími a mladšími žáky, propojení mezi rodiči, učiteli a žáky, propojení mezi školou a životem, propojení mezi domovem a světem a propojení mezi učiteli 1. a 2. stupně. Vnitřní chod školy je odvozen od „výchovy řádem a výchovy volností“. Škola Propojení je školou otevřenou, která nabízí žákům bezpečné a podnětné prostředí. (2. základní škola Sedlčany 2010: [online])

Vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení a žáků se zdravotním postižením se děje na základě vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně či ve speciálně pedagogickém centru. Po diagnostikování poruchy učení či zdravotního postižení je se souhlasem zákonných zástupců vytvořen individuálně vzdělávací plán, podle kterého se s žákem v průběhu školního roku pracuje. (2. základní škola Sedlčany 2010: [online])

8.3.10. 3. základní škola Sedlčany

Základní škola, Sedlčany, Konečná 1090 je součástí sítě speciálních škol České republiky. Slouží k výchově a vzdělávání dětí s lehkým mentálním postižením ze sedlčanského regionu. Existuje od roku 1957, ve školním roce

2012/13 má 32 žáků ve 4 třídách. Jedna ze tříd je určena pro děti se středně těžkým, těžkým mentálním i kombinovaným postižením. (3. základní škola Sedlčany 2010: [online])

8.3.11. Základní škola a mateřská škola Vysoký Chlumec

Základní škola a mateřská škola Vysoký Chlumec se skládá z mateřské školy, prvního stupně základní školy, speciální třídy, školní družiny a školní jídelny. Kapacita školy je 80 žáků, avšak navštěvuje ji pouze 30 dětí. Výuka tedy probíhá pouze ve dvou třídách. Speciální třída má kapacitu 6 žáků. (Základní škola a mateřská škola Vysoký Chlumec 2010: [online])

8.3.12. Základní škola Jesenice u Sedlčan

Škola v Jesenici má bohatou historickou tradici, bohužel ji v současnosti navštěvuje pouze necelých 100 dětí. (Základní škola Jesenice u Sedlčan 2010: [online])

8.3.13. Základní škola Petrovice

Základní škola Petrovice je úplná základní škola se školní družinou a školní jídelnou. Základní škola integruje děti se specifickými poruchami učení a se zdravotním postižením. (Základní škola Petrovice 2010: [online])

8.3.14. Základní škola a Dětský domov Přestavlky

Zařízení Základní škola a Dětský domov Přestavlky vzniklo v roce 1959 v areálu místního zámku s rozlehlým parkem. Zařízení sdružuje dětský domov, základní školu praktickou a speciální a školní jídelnu. V roce 2005 bylo zařízení sloučeno s Dětským domovem a Pomocnou školou Prčice, a proto bylo přejmenováno na stávající název Základní škola a Dětský domov Přestavlky s odloučenými pracovišti v Sedlci – Prčici a v Tloskově. (Základní škola a Dětský domov Přestavlky 2010: [online])

Děti dětského domova navštěvují školy v zařízení, či dochází do běžných škol – mateřská škola a základní škola Sedlec – Prčice, odborná učiliště v Sedlčanech, Benešově, Soběslavi atd. Žáci Základní školy speciální v Sedlci – Prčici jsou vzděláváni podle školního vzdělávacího programu pro žáky se středně těžkým a těžkým mentálním postižením. Výuka v této škole probíhá ve dvou třídách. Žáci Základní školy speciální v Tloskově jsou vzděláváni podle téhož školního vzdělávacího programu pro žáky se středně těžkým a těžkým mentálním postižením. Výuka v tomto odloučeném pracovišti probíhá v jedné třídě. Žáci praktické školy v Přestavlkách jsou vzděláváni podle školního vzdělávacího programu Tvořivá a praktická škola. Výuka zde probíhá ve třech třídách, které se nachází přímo v budově dětského domova (zámku) a jejichž kapacita je maximálně 14 žáků. (Základní škola a Dětský domov Přestavlký 2010: [online])

8.4. Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření probíhalo formou osobního dotazování v oblasti sedlčanského regionu, a to v Sedlčanech v organizaci Mela, o. p. s., Meditera Sedlčany, s. r. o., Domov seniorů Sedlčany, 1., 2. a 3. základní škola v Sedlčanech, v Nalžovicích, kde sídlí organizace Nalžovický zámek, p. s. s., v Domově Svatý Jan, p. s. s., v Základní škole v Petrovicích, Jesenici u Sedlčan a na Vysokém Chlumci, Gerimed a. s. v Sedlci – Prčici, v Domově důstojného stáří v Líchovech a Dětském domově a základní škole v Přestavlkách.

Dotazník pro zařízení, kde pracují s konceptem Bazální stimulace, obsahuje 12 otázek a dotazník pro zařízení, kde koncept Bazální stimulace nevyužívají, obsahuje 8 otázek. Otázky mají charakter: uzavřený, polouzavřený a otevřený, přičemž otevřené odpovědi se vyskytovaly pouze u 2 otázek v dotazníku pro zařízení, kde pracují s konceptem Bazální stimulace a u 1 otázky v dotazníku pro zařízení, kde koncept Bazální stimulace nevyužívají. Otázky byly pokládány jednoduchou a srozumitelnou formou tak, aby jim porozuměly všechny dotazované osoby.

8.4.1. Tematické okruhy otázek

Nejpodstatnější část dotazníku pro zařízení využívající koncept Bazální stimulace tvořily otázky směřující k:

- počtu zaměstnanců pracujících v přímé péči s klienty a počtu zaměstnanců pracujících s konceptem Bazální stimulace
- využívaným metodám a pomůckám konceptu Bazální stimulace
- subjektivnímu vnímání potřeby proškolení všech zaměstnanců v metodě Bazální stimulace.

Dále se otázky týkaly demografických údajů: věk, pohlaví, pracoviště.

Dotazníky pro zařízení nevyužívající koncept Bazální stimulace obsahovaly otázky směřující k:

- znalosti konceptu Bazální stimulace
- důvodům nevyužívání konceptu Bazální stimulace.

Další otázky dotazníku byly demografického charakteru: věk, pohlaví, pracoviště.

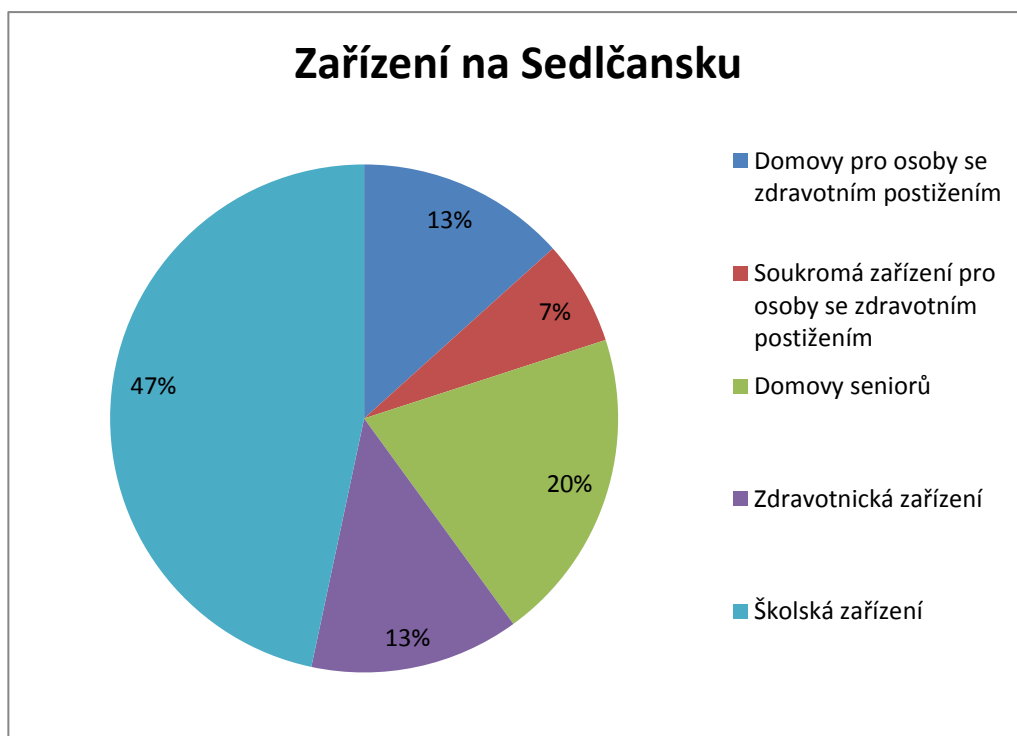
8.4.2. Vyhodnocení dotazníkového šetření

Celkem bylo vyhodnoceno 15 dotazníků, z toho odpovědělo 100% žen a 0% mužů. Šest dotazníků vyplnili zaměstnanci zařízení, která koncept Bazální stimulace ve své práci využívají. Devět dotazníků vyplnili zaměstnanci zařízení, která s konceptem Bazální stimulace nepracují. Nejvíce byla zastoupena skupina respondentů ve věku 50 – 59 let, dále 40 – 49 let a třetí, nejméně zastoupenou skupinou byli respondenti ve věku 30 – 39 let.

8.4.3. Praktické šetření

Dotazníkové šetření probíhalo na Sedlčansku v zařízeních pracujících v oblasti zdravotnické, sociální a školské. Předvýzkumem bylo zjištěno, že

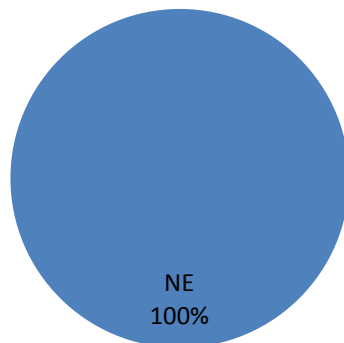
zařízení, které využívají, či by mohly využívat koncept Bazální stimulace ve své práci je ve zkoumané oblasti 15. Z toho mají největší zastoupení školská zařízení (47%), dále domovy seniorů (20%) a na třetím místě jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením a zdravotnická zařízení (13%).



Z těchto patnácti zařízení devět koncept Bazální stimulace nevyužívá a 6 zařízení koncept ve své práci využívá, ale žádné z těchto zařízení nemá v konceptu proškoleny všechny zaměstnance pracující s klienty.

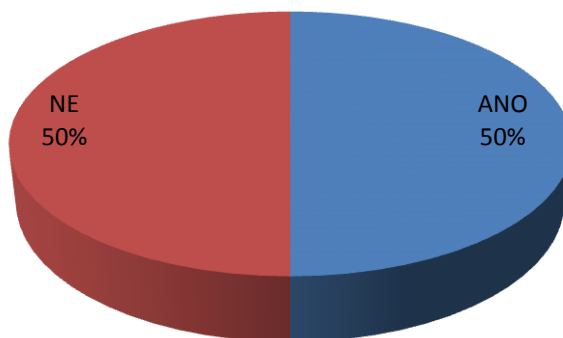


Proškolení všech zaměstnanců v konceptu Bazální stimulace



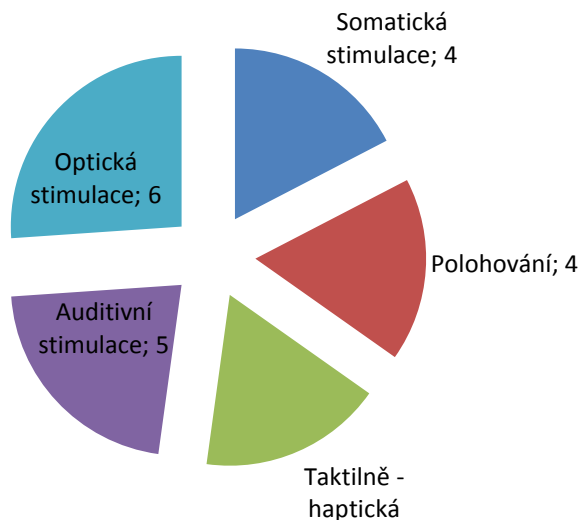
Z šesti zařízení, která koncept Bazální stimulace využívají, a mají v něm proškolené některé zaměstnance, používají koncept pravidelně ve své práci tři zařízení a další tři zařízení nikoliv.

Pravidelné užívání konceptu Bazální stimulace v péči o klienty



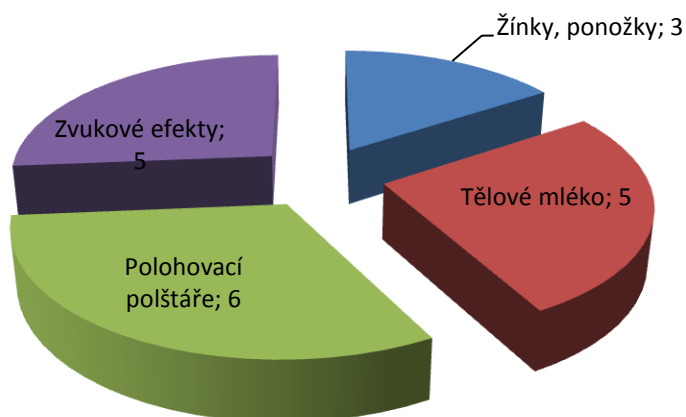
Dle otázky „**Jaké metody konceptu Bazální stimulace nejčastěji používáte?**“ bylo zjištěno, že nejvíce používanou metodou je optická stimulace, kterou využívají všechna dotazovaná zařízení. Na druhém místě je auditivní stimulace, kterou využívá pět ze šesti dotazovaných zařízení a na třetím místě je somatická stimulace, kterou ve své práci využívají 4 zařízení.

Používané metody konceptu Bazální stimulace

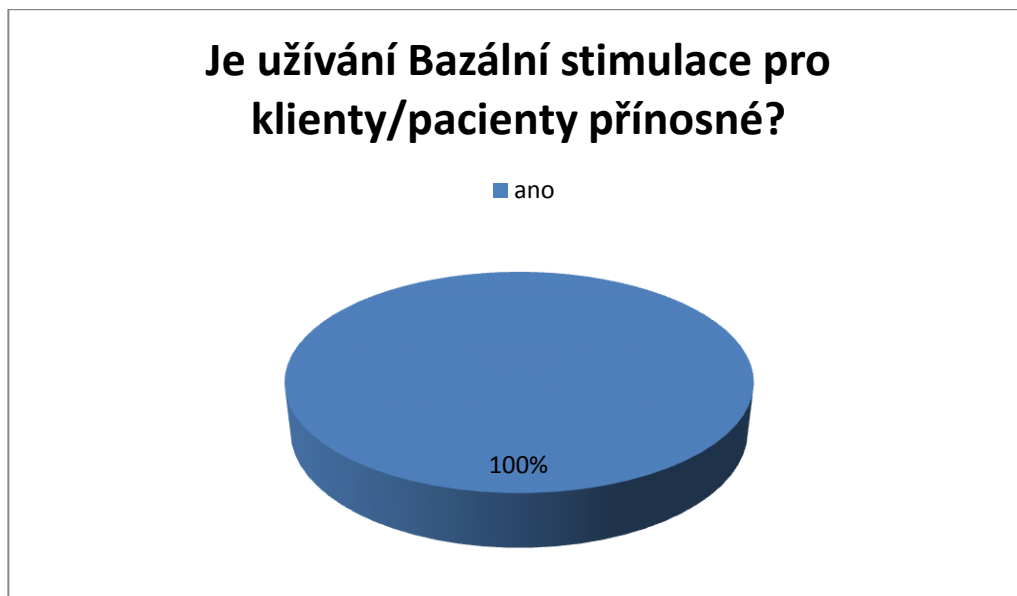


Na otázku „**Jaké pomůcky při provádění bazální stimulace nejčastěji používáte?**“ bylo zjištěno, že nejčastěji využívanou pomůckou jsou polohovací polštáře ve všech šesti zařízeních. Druhou nejčastěji využívanou pomůckou jsou zvukové efekty a tělová mléka pro masáže somatické stimulace a třetí nejčastěji využívanou pomůckou jsou žínky a froté ponožky také pro masáže somatické stimulace.

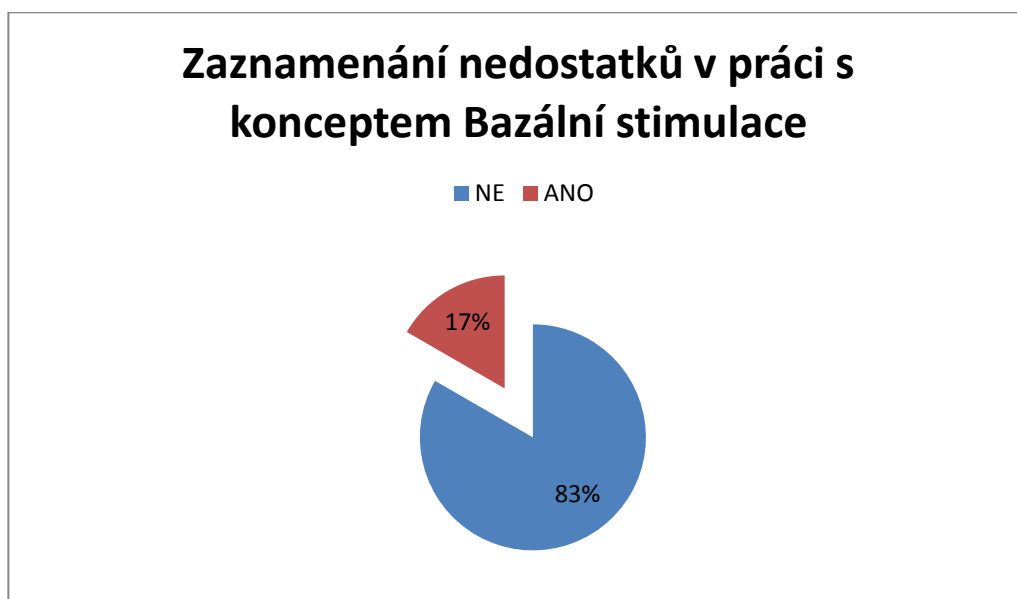
Využívané pomůcky



Na otázku „Myslíte si, že je užívání bazální stimulace pro klienty/pacienty přínosné?“ odpověděli všichni dotazovaní, že ano (100% respondentů).



V otázce „Zaznamenáváte nějaké nedostatky při práci s konceptem Bazální stimulace?“ odpovědělo pět ze šesti zařízení, že žádné nedostatky nezaznamenávají a jeden respondent zodpověděl, že jako jediný nedostatek při práci s konceptem zaznamenává nedostatek v tom, že je v jejich zařízení nedostatečná návaznost proškolených zaměstnanců na směnách.

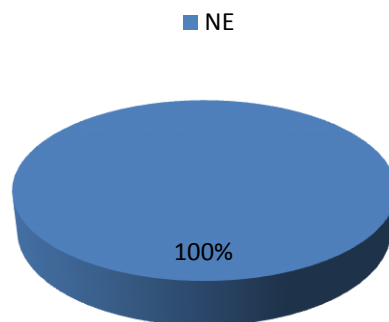


Dle otázky „Plánujete proškolení všech zaměstnanců v přímé péči v konceptu Bazální stimulace?“ odpověděla polovina zařízení (3), že ano a druhá polovina (3), že ne.



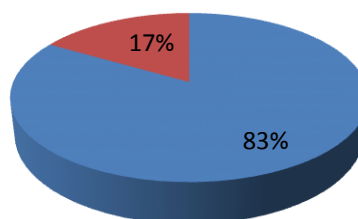
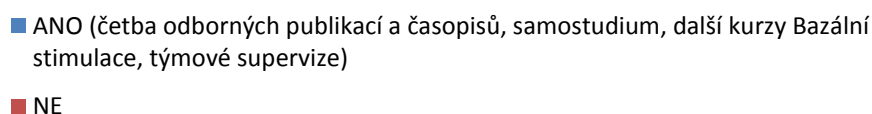
Z otázky „Má/Mělo by Vaše zařízení dostatek financí pro proškolení všech zaměstnanců v přímé péči v konceptu Bazální stimulace?“ vyplynulo, že žádné z dotazovaných zařízení nemá dostatek financí na proškolení všech zaměstnanců. Jeden respondent odpověděl, že zaměstnanci si tento kurz hradili z větší části sami a zařízení jim pouze minimálně finančně přispělo. Další z respondentů uvedl jako důvod také nezájem některých zaměstnanců se dále vzdělávat a s konceptem pracovat.

Mají zařízení dostatek financí na proškolení všech zaměstnanců v konceptu Bazální stimulace?



Na poslední otázku dotazníku pro zařízení využívající koncept Bazální stimulace „Vzdělávají se dále zaměstnanci ve Vašem zařízení v oblasti práce s konceptem Bazální stimulace?“ odpovědělo pět ze šesti respondentů, že ano. Pouze jeden respondent uvedl, že se v této oblasti dále nevzdělává. Ostatní respondenti se vzdělávají samostudiem, četbou odborných publikací a časopisů, 3 respondenti uvedli, že se vzdělávají prostřednictvím navazujících kurzů Bazální stimulace a jeden respondent uvedl, že v jejich zařízení probíhají supervize týmu ohledně Bazální stimulace.

Další vzdělávání zaměstnanců v oblasti Bazální stimulace

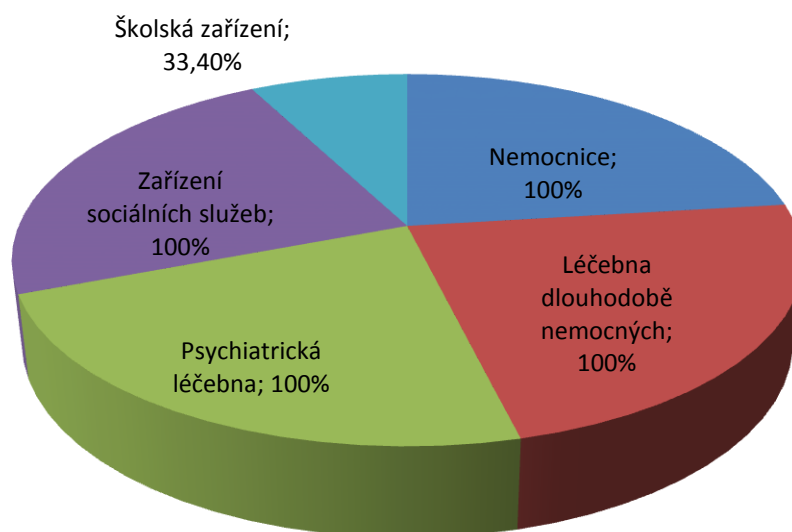


Ze zařízení, která koncept Bazální stimulace nevyužívají, odpovědělo na otázku „Víte, co znamená koncept Bazální stimulace?“ 100% dotazovaných, tedy 9 respondentů, že koncept Bazální stimulace zná a správně jej stručně popsalo.



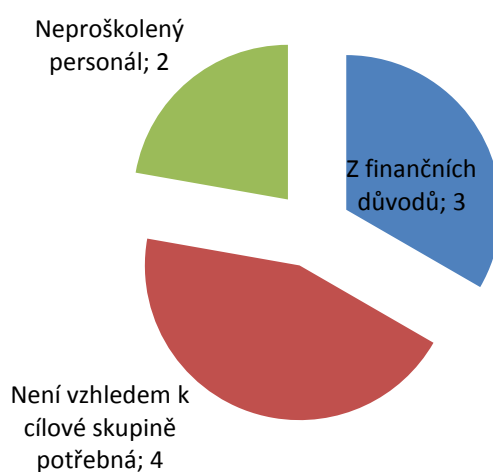
Na další otázku „Kde si myslíte, že se dá Bazální stimulace využít?“ odpověděli všichni respondenti správně, že v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných, psychiatrických léčebnách a zařízení sociálních služeb. Pouze dva respondenti uvedli dále správně, že se dá koncept využít také ve školských zařízeních.

Povědomí o možnostech využití konceptu Bazální stimulace

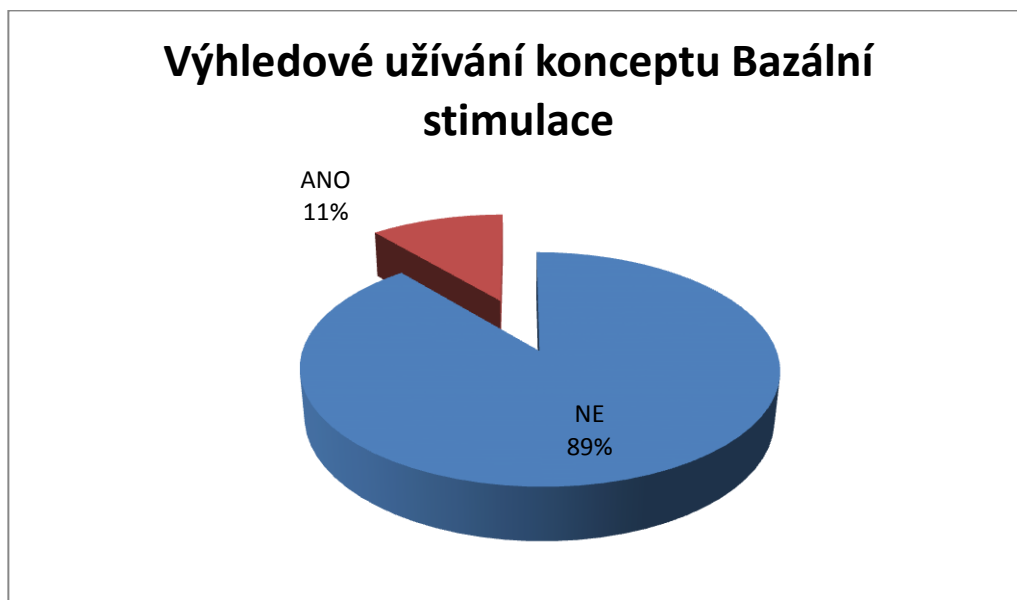


V otázce „Proč koncept Bazální stimulace ve Vašem zařízení **nevyužíváte?**“ bylo respondenty zodpovězeno, že koncept nevyužívají především proto, že si myslí, že vzhledem k cílové skupině není koncept potřebný (4 respondenti), druhým nejčastějším důvodem je finanční stránka (3 respondenti) a posledním důvodem je neproškolený personál (2 respondenti).

Důvody nevyužívání konceptu Bazální stimulace



Na otázku „**Plánujete koncept Bazální stimulace v budoucnu začít užívat?**“ odpovědělo osm z devíti dotazovaných, že nikoliv. Pouze jeden respondent odpověděl, že by koncept rád začal využívat, ale zařízení mu ho není ochotno financovat.



Tímto byla zodpovězena také otázka „**Jste ochotni zaplatit kurz Bazální stimulace všem zaměstnancům?**“ Kde 100% zařízení odpovědělo, že nikoliv.



8.4.4. Informace získané z INSTITUTU Bazální stimulace, s. r. o.

Dle informací získaných z INSTITUTU Bazální stimulace, s. r. o. bylo zjištěno, že na Sedlčansku není žádné zařízení, které by bylo kompletně proškolené v konceptu Bazální stimulace a žádné zařízení také není supervidovaným pracovištěm INSTITUTEM Bazální stimulace, s. r. o.

8.4.5. Závěry plynoucí z provedeného šetření

Na základě dotazníkového šetření byly definovány odpovědi na předem stanovené výzkumné otázky.

První stanovená výzkumná otázka: **Koncept Bazální stimulace je rozšířen a používán ve školství, zdravotnictví i sociální sféře.** Ne, toto tvrzení se z terénního šetření nepotvrdilo. Dle informací získaných z terénního dotazníkového šetření z patnácti zařízení, která by ve své práci mohla i měla koncept Bazální stimulace využívat, jsou s ním všechna dotazovaná zařízení seznámena, ale ve své práci ho využívá pouze šest zařízení, tedy méně než polovina dotazovaných.

Druhá stanovená výzkumná otázka: **Školení v Konceptu Bazální stimulace je pro zařízení finančně přijatelné.** Z šesti zařízení, která koncept Bazální stimulace využívají, odpověděli všichni respondenti, že důvodem neproškolení všech zaměstnanců v tomto konceptu jsou finanční důvody. Jedenkrát byla také důvodem neochota některých zaměstnanců se dále vzdělávat. Z devíti zařízení, která koncept nevyužívají, odpověděli tři dotazovaní, že důvodem neužívání konceptu je nedostatek financí, dvě zařízení odpověděla, že důvodem je neproškolený personál, což také souvisí s finančními důvody a čtyři dotazovaní si myslí, že nemají klientelu s takovým stupněm postižením, že by koncept Bazální stimulaci při své práci potřebovali. Z výše uvedeného vyplývá, že tato výzkumná otázka se terénním šetřením potvrdila, protože jedenáct z patnácti zařízení nemá dostatek financí pro proškolení svých zaměstnanců v konceptu Bazální stimulace.

Třetí stanovená výzkumná otázka: **Zařízení (školská, zdravotnická i sociální) považují práci s konceptem Bazální stimulace za přínosný pro jejich klienty.** Z devíti zařízení, která s konceptem Bazální stimulace nepracují, si žádný dotazovaný nemyslel, že koncept Bazální stimulace není užitečný. Ze šesti zařízení, která s konceptem Bazální stimulace pracují, uvedli všichni dotazovaní, že si myslí, že využívání konceptu je pro jejich klienty/pacienty/žáky přínosné. Tato výzkumná otázka tedy byla terénním šetřením potvrzena stoprocentně, protože všichni dotazovaní vidí v užívání konceptu Bazální stimulace přínos pro své klienty, pacienty či žáky.

8.4.5.1. Závěr šetření v zařízeních využívající koncept Bazální stimulace

Ze šesti zařízení, která využívají koncept Bazální stimulace, s ním pouze ve třech zařízeních pravidelně pracují. Důvodem nesoustavné práce s klienty konceptem Bazální stimulace je proškolení pouze málo zaměstnanců v tomto konceptu. Žádné ze zařízení nemá proškoleny všechny zaměstnance. Důvodem jsou finance. Kurz pro všechny zaměstnance je pro zařízení finančně nedosažitelný. Jedno zařízení také uvedlo, že nedostatkem v práci s konceptem je špatná provázanost pracovníků na směnách a neochota některých pracovníků se dále vzdělávat a s konceptem pracovat.

Zařízení využívají různé typy stimulací – somatickou, auditivní, taktilně – haptickou a další za použití rozličných pomůcek – žínky, tělová mléka, hmatové materiály, CD, polohovací polštáře aj.

Ze zjištěných dat vyplývá, že absolvování kurzu konceptu Bazální stimulace všemi zaměstnanci je pro zařízení finančně nepřijatelné, i přesto, že jsou si pracovníci zařízení vědomi toho, že práce s konceptem je pro jejich klienty přínosná a bylo by vhodné koncept soustavně při práci s klienty využívat. Tři ze šesti zařízení ale plánují do budoucna postupně své zaměstnance v konceptu proškolit.

8.4.5.2. Závěr šetření v zařízeních nevyužívající koncept Bazální stimulace

Z devíti zkoumaných zařízení, kde koncept Bazální stimulace není využíván přes jeho potřebu z důvodu přítomnosti osoby se zdravotním postižením či dlouhodobě vážně nemocnou, mají všechna zařízení povědomí o tom, co koncept Bazální stimulace znamená a jak je pro klienty práce s ním přínosná. Čtyři z těchto zařízení si ale myslí, že vzhledem k jejich cílové skupině a složení klientů/žáků/pacientů není proškolení v konceptu Bazální stimulace důležité. Další tři zařízení koncept nevyužívají z finančních důvodů a zbylé dvě zařízení udala jako důvod neerudovaný personál pro práci s tímto konceptem. Odpovědí na tuto otázku dotazníkového šetření byl zodpovězen dílčí cíl, kterým bylo zjištění, jaké jsou důvody nevyužívání konceptu Bazální stimulace ve zkoumaných zařízeních.

Osm z devíti zařízení koncept Bazální stimulace do budoucna využívat vůbec neplánuje, pouze jedno zařízení by jej rádo využívat začalo.

9. ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat využívání konceptu Bazální stimulace v oblasti školství, zdravotnictví a sociálních služeb v České republice na příkladu sedlčanského regionu, ve kterém bylo šetření provedeno. Přínos konceptu Bazální stimulace je již prokázán, a proto má práce zjišťovala důvody jejího nevyužívání, ze kterého vyplývají návrhy, jak by bylo možné využívání této metody podpořit.

Na základě terénního šetření bylo zjištěno, že v sedlčanském regionu se nachází 29 zařízení typu, na které bylo šetření zaměřeno. Z toho je 21 zařízení školských, 2 zdravotnická zařízení, 3 domovy pro seniory, 2 domovy pro osoby se zdravotním postižením a 1 soukromé zařízení pro osoby se zdravotním postižením (sociálně terapeutická dílna a chráněné bydlení). Z těchto 29 zařízení je v 15 případech přítomna osoba se zdravotním postižením, či osoba dlouhodobě vážně nemocná. Devět z těchto patnácti zařízení koncept Bazální stimulace nevyužívá a šest zařízení ano. Dotazníkové šetření bylo tedy rozděleno na dvě části: První dotazník byl pro pracovníky zařízení, kde je koncept Bazální stimulace využíván a druhý dotazník byl pro pracovníky zařízení tento koncept nevyužívající.

Bazální stimulace je koncept, který je přínosný a dobře využitelný při výchově, celoživotním vzdělávání, aktivizaci či zklidnění dětí i dospělých osob s postižením, vážně či dlouhodobě nemocných, pacientů v kómatu aj. Využívání konceptu zvyšuje kvalitu života těchto osob, bez požadavků na jejich výkon jim umožňuje získávat nové poznatky, vycházející ze zkušenosti s vlastním tělem a získávání nových příjemných prožitků. Koncept je využíván ve zdravotnictví, školství i sociálních službách a možnosti jeho využití se stále rozšiřují, např. do logopedických poraden. Existuje také mnoho podobných, navazujících, rozšiřujících či spolupracujících konceptů a metod, které se využívají u výše uvedených osob. Jedná se o polohování, bazální komunikaci, snoezelen, baby masáže, senzomotorická stimulace aj.

Koncept Bazální stimulace vznikl v Německu, ale dnes je již rozšířen po celé Evropě. V informacích získaných absolvováním kurzu Bazální stimulace jsem se dověděla o mnoha moderních zařízeních, která se snaží co nejvíce zvýšit kvalitu života svých klientů/pacientů/žáků, tím, že je zdekoncept Bazální stimulace využíván všemi zaměstnanci a všichni dle něj jednotně pracují. Takováto zařízení či oddělení nemocnic jsou úplně jiná, než jsou běžně známa. Již jejich vzhled na nás působí úplně jinak. Není strohý a prakticky zaměřený, ale snaží se být pestrý, veselý a přibližující domácí prostředí pacientů/klientů/žáků dle jejich individuálních zvyklostí a potřeb. Práce s pacienty/klienty/žáky je také odlišná od běžně známé péče. Pracovníci těchto zařízení pracují s každou osobou individuálně, s úctou a respektem, nechvátají na ni, věnují se jen jí a hovoří s ní, komentují a vysvětlují své činy, a pokud to lze, upřednostňují asistovanou péči (vedení ruky osoby při mytí žínkou, čištění zubů, stravování atp.) Také velice intenzivně spolupracují s rodinou těchto osob, zapojují ji do činností běžné denní péče o svého blízkého, vysvětlují jim důvody každého počínu a berou v potaz připomínky a návrhy rodiny na změny či inovace v péči o něj.

I přes prokázané přínosy konceptu Bazální stimulace bohužel existuje mnoho zařízení (viz. Terénní šetření), která koncept Bazální stimulace ve své denní praxi nevyužívají. V České republice je sice rozšířeno povědomí o tom, co koncept Bazální stimulace znamená a přináší pacientům/klientům/žákům, ale bohužel není ještě součástí běžné praxe v zařízeních školských, sociální péče ani zdravotnictví. Proškolených zařízení z výše uvedených oblastí péče je v celé České republice dosud pouze 213. (INSTITUT Bazální stimulace 2013: [online])

Nevyužívání konceptu Bazální stimulace v některých zařízeních, kde se nachází osoba se zdravotním postižením či vážně nemocná je především z důvodu, že zařízení nejsou specializovány na osoby s postižením, i když v něm mají jednu či dvě osoby s postižením integrovány. Jejich cílem tedy není proškolit všechny své zaměstnance v konceptu, ale uznávají jeho přínos. Doporučuji vzdělat v práci s konceptem Bazální stimulace alespoň jednoho

zaměstnance (pedagoga) zařízení, který může prvky Bazální stimulace u dané osoby využívat a fungující metody naučit své další kolegy s touto osobou také pracující.

Další zařízení, která s konceptem nepracují, ale jejich cílovou skupinou jsou osoby se zdravotním postižením či vážně nemocné udávají jako důvod finanční nepřijatelnost školení Bazální stimulace pro všechny své zaměstnance pracující s klienty v přímé péči. Tato situace by mohla být vyřešena tím, že zaměstnanci se na financování kurzu budou částečně podílet sami, protože jim bude užitečný při jejich profesním růstu i případné změně zaměstnání. Vedení zařízení by také mohlo zaměstnancům práci dle konceptu Bazální stimulace nakázat a zaměstnanci by tak byli nuceni si požadované vzdělání doplnit, v tomto případě by však bylo nutné, aby vedení zařízení svým zaměstnancům důvody tohoto nařízení správně vysvětlilo, například prostřednictvím týmové supervize, aby zaměstnanci správně pochopili záměr zaměstnavatele a necítili se pod neoprávněným tlakem.

Posledním důvodem nevyužívání konceptu Bazální stimulace plynoucí z dotazníkového šetření byl neerudovaný personál. Tato situace je v České republice bohužel dána tím, že především v sociálních službách s cílovou skupinou dospělé osoby se zdravotním postižením (domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory aj.), není nutné žádné odborné vzdělání pracovníků v přímé péči s klienty. Každý pracovník musí projít pouze kurzem pro pracovníky sociálních služeb, který je pouze velmi stručným úvodem do práce s klienty se zdravotním postižením. Toto vzdělání není pro odbornou práci s klienty dostačující, bohužel však z důvodu nízkých platových podmínek pracovníků v sociálních službách většinou zařízení nemůže získat či zaplatit personál s vysokoškolským vzděláním z oblasti andragogiky, speciální pedagogiky, sociální pedagogiky atp. Dokud v sociální oblasti nenastanou zákonné změny v požadavcích na kvalifikaci zaměstnanců pracujících v přímé práci s klienty, je jedinou možností zaměstnavatele klást důraz na celoživotní vzdělávání svých pracovníků v akreditovaných kurzech souvisejících

s rozšiřováním obzorů v sociální problematice a výkonem kvalitní práce s klienty. Jedním z těchto kurzů může být právě kurz Bazální stimulace.

Možností zkvalitnění služeb v zařízeních pracujících v oblasti školské, sociální či zdravotnické by bylo také ustanovení přísnějších kvalifikačních požadavků na ředitele těchto zařízení, jelikož jsem se při svém terénním bádání setkala se situací, kdy ředitelem zařízení sociálních služeb byla například osoba bez odborného vzdělání (výuční list v oboru autoklempíř a maturitní zkouška v tomtéž oboru) bez předchozí praxe v sociálních službách. Dle Prchala (2012) ředitel bez odborného vzdělání v oblasti, ve které pracuje, často nemůže svým zaměstnancům a klientům poskytovat tak kvalitní podmínky, jako by byla schopna zajistit osoba, která je zkušená a odborně vzdělaná pro práci v dané oblasti.

Dílčím cílem mé diplomové práce bylo zjištění důvodů nevyužívání konceptu Bazální stimulace ve zkoumaných zařízeních. Jeho zodpovězení se nachází v kapitole 8.4.5.2. této diplomové práce. Absolvování základního kurzu Bazální stimulace by mělo být zahrnuto do novely vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, protože využívání konceptu přímo souvisí s kvalitou péče o osoby se zdravotním postižením, pro seniory aj. Ve zdravotnictví a školství by bylo vhodné zavést zákonnou povinnost hodnocení kvality poskytovaných služeb obdobným způsobem, jako bylo zavedeno do sociálních služeb s úpravami a specifikacemi pro danou oblast. Dosud je hodnocení kvality služeb v těchto oblastech pouze dobrovolné.

10. SHRNUTÍ

V České republice, zejména v sedlčanském regionu, kde probíhalo terénní šetření, je dostatečně rozšířeno povědomí o tom, co koncept Bazální stimulace znamená a přináší zařízením, kde pracují s klienty se zdravotním postižením či dlouhodobě nemocným. Absolvování konceptu Bazální stimulace většina zkoumaných zařízení považuje za přínosné, bohužel však je jeho absolvování často pro zařízení finančně náročné či dokonce nepřijatelné, vzhledem k počtu pracovníků pracujících s klienty/pacienty/žáky v přímé péči. Nejvíce se s konceptem pracuje v zařízeních sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, ve zdravotnictví je koncept rozšířen již méně a ve školství je používán pouze výjimečně. Přínosem práce pro speciální pedagogiku, ale i ošetrovatelství je tedy zjištění, že je vhodné dále šířit povědomí u odborné i laické veřejnosti o přínosu a možnostech využití tohoto konceptu v práci s lidmi se zdravotním postižením a vážně nemocnými a o možnostech jeho využívání ve speciálně pedagogických oborech, jako je například logopedie aj.

SUMMARY

In the Czech Republic, especially in sedlčanský region where conducted field research is sufficiently widespread awareness of what the concept Basal stimulation means and provides facilities to work with clients with disabilities or long-term sick. Passing the concept of basal stimulation majority of surveyed facilities deemed to be beneficial, but unfortunately it is often the graduation for expensive equipment or even unacceptable given the number of staff working with clients/patients/students in direct care. Most with the concept works in social services for persons with disabilities in the health concept has been extended and less in education is only used rarely. Beneficial work for special education, but nursing is a finding that it is appropriate to further spread awareness among professionals and the general public about the benefits and use of this concept in working with people with disabilities and the seriously ill and the possibilities for its use in special education fields, such as speech therapy, etc.

11. PŘEHLED POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTOVÁ, T. *Bazální stimulace a hyperbaroxie – základ úspěchu*. Sestra. 2008, č. 5, s. 52. ISSN: 1210-0404.
2. BINSTEIN CH., FRÖHLICH, A. *Basale Stimulation in der Pflege, Die Grundlagen*. Leipzig : Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung GmbH, 2003. 256 s.
3. ČERNÁ, M. et al. *Česká psychopedie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
4. ČR. zákon O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. In *Sbírka zákonů*. 2004, 143, s. 8270-8316. ISSN 859144914301104.
5. FORET, M., STÁVKOVÁ, J. *Marketingový výzkum*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 2003. 157 s. ISBN 80-247-0385-8.
6. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I. a 2. díl*. Frýdek – Místek : INSTITUT Bazální stimulace, 2005. 100 s.
7. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace prospívá pacientům i zdravotníkům*. Komfort. 2006, č. 03, s. 15.
8. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s. r. o., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
9. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v práci sestry*. Sestra. 2003, XIII, č. 1, s. 42. ISSN 1210-0404.
10. FRIEDLOVÁ, K. *Dynamika ošetrovatelství – Bazální stimulace*. Sestra. 2005, č. 11, s. 43. ISSN 1210-0404.
11. FRIEDLOVÁ, K. *Ošetrovatelské a terapeutické nabídky konceptu Bazální stimulace*. Sociální služby. 2010, č. 4, s. 39. ISSN 1803-7348.
12. FRIEDLOVÁ, K. *Rodičům nedonošeného miminka*. Nedoklubko. 2007, s. 13.
13. FRIEDLOVÁ, K. *Skriptum pro nástavbový kurz bazální stimulace Nástavbový modul II*. 2012. 25 s.

14. FRIEDLOVÁ, K. *Skriptum pro základní kurz bazální stimulace Základní modul I.* 2003. 31 s.
15. FRIEDLOVÁ, K. *Somatická stimulace v konceptu Bazální stimulace.* Sociální služby. 2010, č. 6, s. 47. ISSN 1803-7348.
16. FRIEDLOVÁ, K. *Supervize týmů poskytujících péči v konceptu bazální stimulace.* Sestra. 2008. XII, 2, s. 35. ISSN 1210-0404.
17. FRIEDLOVÁ, K. *Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace.* Sociální služby. 2010, č. 8, s. 47. ISSN 1803-7348.
18. FRIEDLOVÁ, K. *Využití konceptu Bazální stimulace v sociálních službách.* Sestra. 2010, č. 9, s. 40. ISSN 1803-7348.
19. FRÖHLICH, A. *Basale Stimulation. Das Konzept.* Düsseldorf : Verlag Selbstbestimmtes Leben, 1998, 317 s.
20. HÁJKOVÁ, V. et. al. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením.* 1. vyd. Praha : Somatopedická společnost, o. s., 2009. 160 s. ISBN 978-80-904464-0-3.
21. JANEČKOVÁ, M. *Poruchy vědomí po poranění mozku: Jak můžete pomoci?* Praha : CEREBRUM – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin. 2009, 44 s. ISBN 978-80-904357-1-1.
22. JOHNSTONE, D. *Further opportunities.* London : Cassell, 1995, s. 218. ISBN: 0-304-33105-8.
23. MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelsví I. díl.* 1. vyd. Praha : Grada publishing, a. s., 2010. 272 s. ISBN: 978-80-247-3184-1.
24. PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů.* 1. vyd. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2007. 270 s. ISBN 978-80-7184-569-0.
25. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* 2. vyd. Brno : Paido, 2003. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
26. PRCHAL, M. *Vzdělávání pracovníků jako nástroj zvyšování kvality sociálních služeb.* Diplomová práce FHS UK. 2012. 96 s. ID 103647.
27. PRŮCHA, J. *Pedagogický slovník.* 1. vyd. Praha : Portál, s. r. o., 1998. 328 s. ISBN 80-7178-252-1.

28. PUNCH, F. K. *Základy kvantitativního šetření*. 1. vyd. Praha : Portál, s. r. o., 2008. 150 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
29. ŘEHULKOVÁ, K. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008. s. 153. ISBN: 978-80-7392-073-9.
30. ŠÁNDOROVÁ, I. *Bazální stimulace u klientů s dg. perzistentního vegetativního stavu*. Sestra. 2008, č. 9, s. 15. ISSN 1210-0404.
31. ŠVÁBOVÁ, H. *Onkologický pacient jako součást rodinného systému*. Sestra. 2010, č. 6, s. 81. ISSN: 1210-0404.
32. VALIŠOVÁ A., KASÍKOVÁ, H. *Pedagogika pro učitele*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s., 2011. 456 s. ISBN: 978-80-247-3357-9.
33. VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M. *Kompetence ve vzdělávání*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, a. s., 2008. 160 s. ISBN: 978-80-247-1770-8.
34. WOLFOVÁ, V. *Bazální stimulace – pohled ze zákulisí*. Sestra. 2006, č. 6, s. 43. ISSN: 1210-0404.

Internetové zdroje

1. ČSÚ [online]. 2009 [cit. 2013-03-11]. Mapa správních obvodů ORP. Dostupné z WWW: http://www.stredocesky.czso.cz/xs/redakce.nsf/i/mapa_spravnic_h_obvodu_orp
2. ČSÚ [online]. 2009 [cit. 2013-03-11]. Administrativní mapa správního obvodu Sedlčany. Dostupné z WWW: [http://www.czso.cz/xs/edicniplan.nsf/t/EA0040BE6E/\\$File/2123a01.gif](http://www.czso.cz/xs/edicniplan.nsf/t/EA0040BE6E/$File/2123a01.gif)
3. *Domov Sedlčany* [online]. 2009 [cit. 2013-03-15]. Naše služby. Dostupné z WWW: <http://www.domovsedlcany.cz/nase-sluzby/>
4. *Gerimed, a. s.* [online]. 2011 [cit. 2013-03-15]. Historie. Dostupné z WWW: <http://domov-senioru.gerimed.cz/historie.asp>
5. *Domov důstojného stáří Harmony* [online]. 2011 [cit. 2013-03-15]. Nabídka služeb. Dostupné z WWW: http://www.ddsharmony.cz/nabidka_sluzeb.htm
6. *Domov důstojného stáří Harmony* [online]. 2011 [cit. 2013-03-15]. Úvodem. Dostupné z WWW: <http://www.ddsharmony.cz/>
7. *Domov Svatý Jan* [online]. 2011 [cit. 2013-03-14]. O nás. Dostupné z WWW: <http://www.domovsvatyjan.cz/index.htm>
8. *INSTITUT Bazální stimulace* [online]. 2013 [cit. 2013-03-15]. Proškolená zařízení. Dostupné z WWW: http://www.bazalni-stimulace.cz/proskolena_zarizeni.php
9. *Mela o. p. s.* [online]. 2009 [cit. 2013-02-02]. Kdo jsme. Dostupné z WWW: <http://www.melaops.cz/neco-o-nas/kdo-jsme/>
10. *MPSV ČR* [online]. 2009 [cit. 2013-02-02]. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>
11. *Nalžovický zámek p. s. s.* [online]. 2013 [cit. 2013-02-03]. Služby. Dostupné z WWW: <http://nalzovicky-zamek.webnode.cz/sluzby/>

12. *Základní škola a dětský domov Přestavlky* [online]. 2012 [cit. 2013-02-02]. O nás. Dostupné z WWW: <http://www.zsddprestavlky.euweb.cz/index2.htm>
13. *Základní škola a mateřská škola Jesenice u Sedlčan* [online]. 2013 [cit. 2013-02-03]. Historie školy. Dostupné z WWW: <http://www.skola.jesenice-obec.cz/historie-skoly/ds-1023/p1=1031>
14. *Základní škola a mateřská škola Vysoký Chlumec* [online]. 2012 [cit. 2013-02-03]. Dokumenty. Dostupné z WWW: <http://www.skolachlumec.eu/sk-rok-2010-2011/>
15. *Základní škola Petrovice* [online]. 2012 [cit. 2013-02-02]. Úvodní strana. Dostupné z WWW: <http://www.zs-petroviceusedlcan.cz/>
16. *1. základní škola Sedlčany* [online]. 2007 [cit. 2013-03-10]. ŠVP pro ZV. Dostupné z WWW: <http://www.lzs-sedlcany.cz/svp.pdf>
17. *2. základní škola Sedlčany* [online]. 2010 [cit. 2013-03-10]. O škole. Dostupné z WWW: http://www.propojeni.cz/joo/index.php?option=com_content&task=view&id=13&Itemid=27
18. *2. základní škola Sedlčany* [online]. 2008 [cit. 2013-03-10]. ŠVP pro ZV. Dostupné z WWW: <http://www.propojeni.cz/joo/prop/DOCS/SVP/svp.pdf>
19. *3. základní škola Sedlčany* [online]. 2012 [cit. 2013-03-10]. Úvodní strana. Dostupné z WWW: <http://www.zskonecna.cz/>

12. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1	Leták organizace Mela, o. p. s.
Příloha č. 2	Leták organizace Mela, o. p. s.
Příloha č. 3	Správní obvod Středočeský kraj
Příloha č. 4	Administrativní mapa správního obvodu Sedlčany
Příloha č. 5	Pravidla komunikace s klienty v konceptu Bazální stimulace – „ <i>Desatero Bazální stimulace</i> “
Příloha č. 6	Celistvost vývoje
Příloha č. 7	Maslowova pyramida potřeb
Příloha č. 8	Autoři konceptu Bazální stimulace
Příloha č. 9	Iniciální dotek
Příloha č. 10	Obrázek použití Bazální stimulace
Příloha č. 11	Embryo 7 týdnů
Příloha č. 12	Cedule oddělení pracující s konceptem Bazální stimulace
Příloha č. 13	Polohovací pomůcky
Příloha č. 14	Bazální stimulace u hematologicky nemocného
Příloha č. 15	Bazální stimulace a hyperbaroxie – základ úspěchu
Příloha č. 16	Dotazník pro zařízení užívající koncept BS
Příloha č. 17	Dotazník pro zařízení neužívající koncept BS

Příloha č. 1







chráněné bydlení má své pohodlí







poskytovatel sociálních služeb

**Odborné sociální poradenství
a sociálně terapeutická dílna
v Sedlčanech**

nabízí osobám se zdravotním postižením, a především lidem s mentálním a kombinovaným postižením, zapojení do běžného sociálního prostředí, rozvoj pracovních, sociálních a motorických dovedností a podporu snížení rizika sociálního vyloučení.

Adresa: Zahradní 1242, Sedlčany

Kontaktujte nás:

mobil: 734 454 115, 774 845 493

mail: mela@melaops.cz,
chlastakova@melaops.cz

web: www.melaops.cz



Zdroj: Mela o. p. s.



poskytovatel sociálních služeb

Chráněné bydlení v Nalžovicích

nabízí lidem s mentálními postiženími
chráněné bydlení, ve kterém mohou
nalézt trvalý domov, potřebné zázemí
a nutné speciální služby.

Adresa:
Nalžovice č. p. 35 (u Sedlčan)

Kontaktujte nás:
mobil: 734 454 115, 774 845 493
mail: mela@melaops.cz,
chlastakova@melaops.cz
web: www.melaops.cz







poskytovatel sociálních služeb

Odborné sociální poradenství a chráněné bydlení v Kolíně

nabízí lidem s mentálními postiženími
chráněné bydlení, ve kterém mohou
nalézt trvalý domov, potřebné zázemí
a nutné speciální služby.

Chráněné bydlení naleznete:

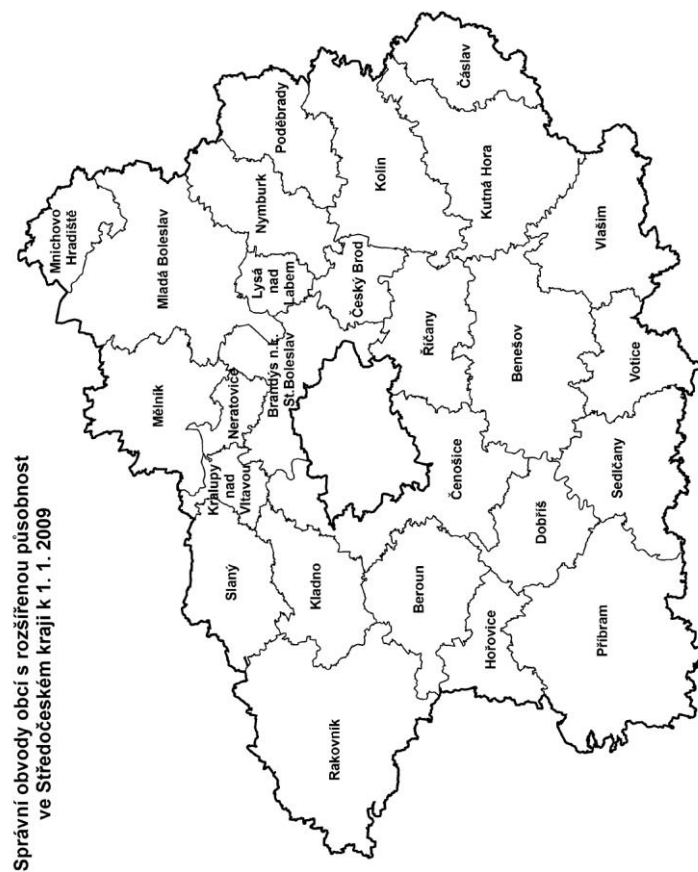
- Radimského 941, Kolín
- Antonína Kaliny 1353, Kolín
- Jana Nerudy 375 Sendražice (Kolín)

Kontaktujte nás:
telefon: 321 728 671
mobil: 607 284 795, 736 620 819
mail: mela@melaops.cz,
kratina@melaops.cz
web: www.melaops.cz



Zdroj: Mela o. p. s.

Příloha č. 3

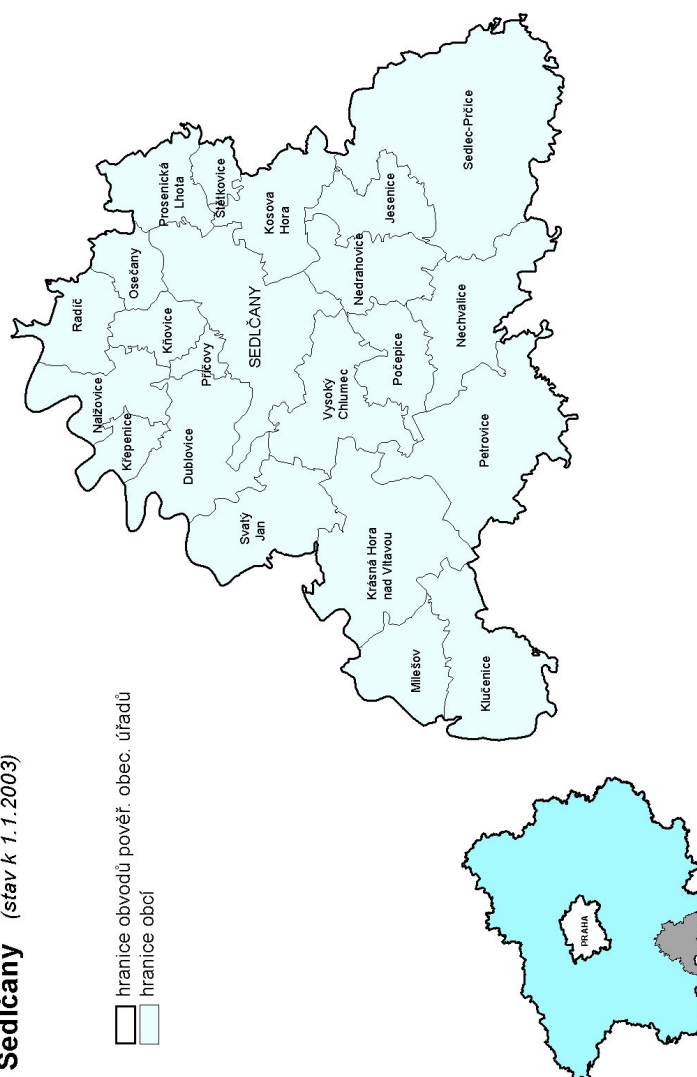


Zdroj:

http://www.stredocesky.czso.cz/xs/redakce.nsf/i/mapa_spravnich_obvodu_orp

Příloha č. 4

Administrativní mapa správního obvodu Sedlčany (stav k 1.1.2003)



Zdroj: [http://www.czso.cz/xs/edicniplan.nsf/t/EA0040BE6E/\\$File/2123a01.gif](http://www.czso.cz/xs/edicniplan.nsf/t/EA0040BE6E/$File/2123a01.gif)

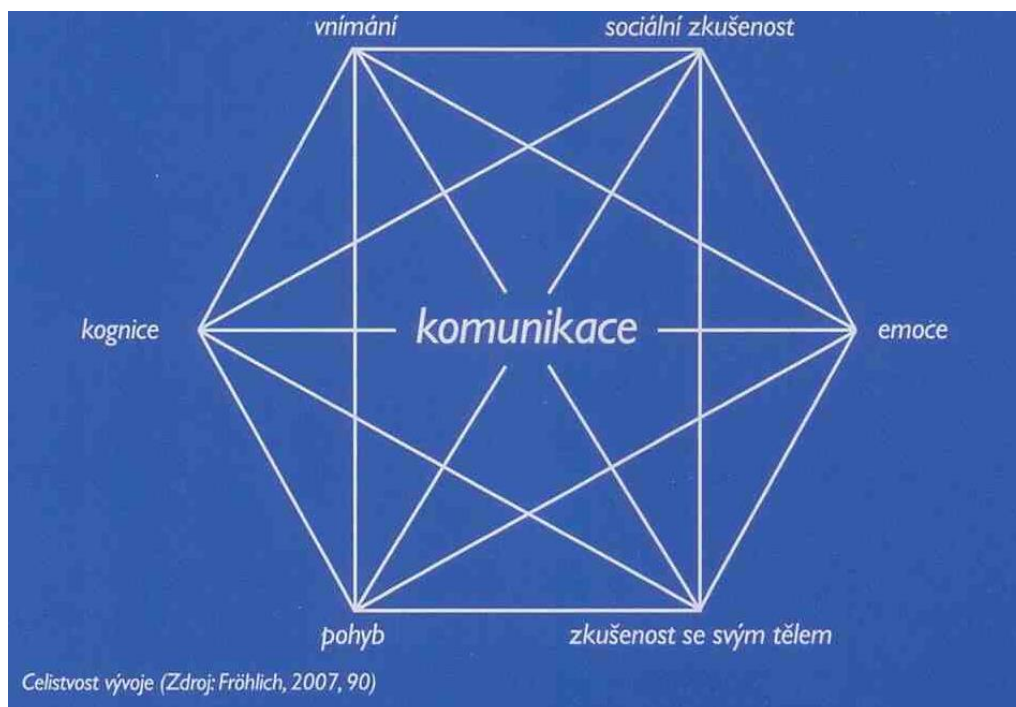
Příloha č. 5

Pravidla komunikace s klienty v konceptu Bazální stimulace – „*Desatero Bazální stimulace*“

- 1) *Přivítejte se a rozlučte s klientem, žákem, pokud možno vždy stejnými slovy.*
- 2) *Pokud máte u klienta, žáka zaveden iniciální dotek, dotkněte se ho při oslovení vždy na stejném místě.*
- 3) *Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.*
- 4) *Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.*
- 5) *Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.*
- 6) *Při rozhovoru s klientem, žákem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).*
- 7) *Nepoužívejte v řeči zdvořilosti, není-li na ně zvyklý.*
- 8) *Nehovořte s více osobami najednou.*
- 9) *Při komunikaci s klientem, žákem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.*
- 10) *Umožněte klientovi, žákovi reagovat na vaše slova.*“

(Friedlová 2003: 28)

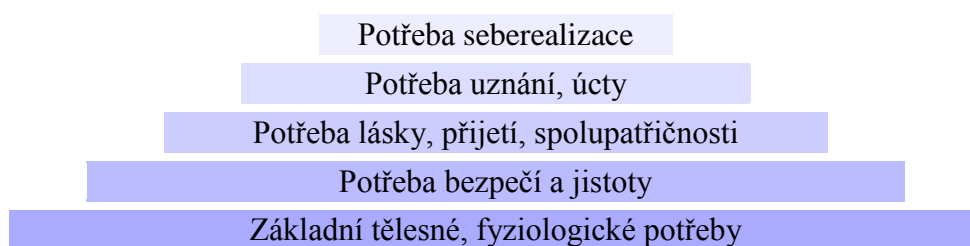
Příloha č. 6



Zdroj: http://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_nabidky_BS.pdf

Příloha č. 7

Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: http://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida

Příloha č. 8



Prof. Dr. Andreas Fröhlich



Prof. Christel Bienstein



PhDr. Karolína Friedlová, R. S.

Zdroj: <http://www.bazalni-stimulace.cz/lektor.php>

Příloha č. 9

BAZALNI STIMULACE:

INICIÁLNÍ DOTEK

**Prosím před a po každé činnosti s klientem,
uchopit pacienta za pravé rameno.**

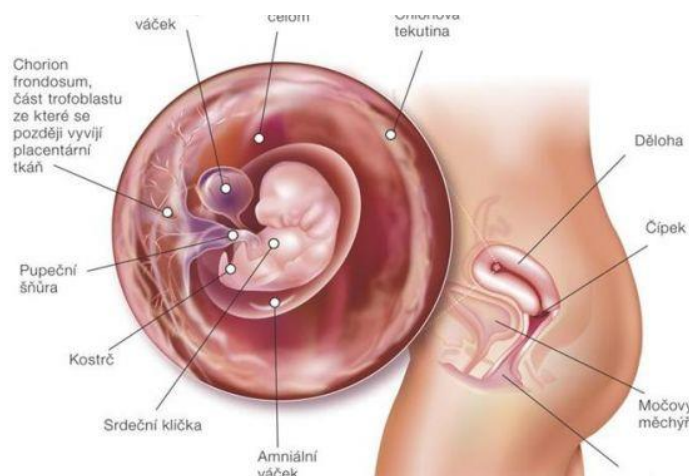
Příloha č. 10



Zdroj:

http://www.google.cz/search?q=obr%C3%A1zek+baz%C3%A1ln%C3%AD+stimulace&hl=cs&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=_oJyUcqAI4GptAaEqYHADw&ved=0CC0QsAQ&biw=1280&bih=769#imgrc=y1VJQmTIDlnohM%3A%3B18nX-IqE7g9luM%3Bhttp%253A%252F%252Fimg.mf.cz%252F175%252F672%252F26.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fzdravi.e15.cz%252Fclanek%252Fsestra%252Fbazalni-stimulace-pohled-ze-zakulisi-276178%3B460%3B300

Příloha č. 11



Zdroj: <http://www.babyweb.cz/7-tyden-tehotenstvi-vyvoj-plodu-tehotenske-zmeny>

Příloha č. 12



**V TOMTO ZAŘÍZENÍ SE PRACUJE
S KONCEPTEM BAZÁLNÍ STIMULACE**


Certifikováno EU



Zdroj:

http://www.google.cz/search?q=obr%C3%A1zek+baz%C3%A1ln%C3%AD+stimulace&hl=cs&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=_oJyUcqAI4GptAaEqYHADw&ved=0CC0QsAQ&biw=1280&bih=769#imgsrc=y1VJQmTIDlnohM%3A%3B18nX-IqE7g9luM%3Bhttp%25A%25F%25Fimg.mf.cz%25F175%25F672%25F26.jpg%3Bhttp%25A%25F%25Fzdravi.e15.cz%25Fclanek%25Fsestra%25Fbazalni-stimulace-pohled-ze-zakulisi-276178%3B460%3B300

NOVINKA



MSM, spol. s r. o., P. O. Box 120, 261 81 Příbram, tel./fax: 318 628 649, e-mail: msm@msmgroup.eu, www.msmgroup.eu


Univerzální rehabilitační a polohovací pomůcky

Použití:
Výrobky umožňují mnohostranné použití. Snadno se přizpůsobují tvaru lidského těla, poskytují pohodlí a dostatečnou podporu osobám se sníženou hybností, eliminují riziko vzniku proleženin apod.


Složení výrobků:
Vnitřní vak z textilu s náplní, vnější povlak z barevného textilu. Vnitřní vak je opatřen snadno uzavíratelným otvorem, kterým je možno snadno přidat nebo naopak odebrat požadované množství náplně.
Náplň je tvořena speciálně čistěnými a chemicky nezávadnými perličkami polystyrénu, které se snadno vytvarují dle potřeby a navíc umožňují lehkou masáž kůže.

Čištění a údržba:
Vnitřní vak včetně náplně i povlak (samostatně) lze prát běžným pracím postupem při teplotě do 90°C (barevné provedení do 60°C). Při 90°C neprat déle než 10 minut, jinak dochází k poškození náplně. Nesmí se používat prací prostředky obsahující chlór. Po vyprání je možné vnitřní vak včetně náplně odstředit. Lisování nebo kroucení se nedoporučuje. Nesmí se používat sušička prádla.


Erik (pata)
Sára (loket)




Berta




Hugo (velký)
Robin




Laura (velký)
Dora




Felix



Adam




Nela



délka 200 cm

Agáta



délka 150 cm

Zdroj: Leták polohovacích pomůcek

Příloha č. 14

Bazální stimulace u hematologicky nemocného

„O pana V. S. jsem se začala starat 1. Října 2008 po předchozí domluvě se staniční i vrchní sestrou a ošetřujícím lékařem, kteří mi při péči podle zásad bazální stimulace vycházeli mimořádně vstříc. Po prostudování dostupné zdravotnické dokumentace, zjištění biografie a upřesnění postupů u aplikace jednotlivých prvků bazální stimulace jsem zahájila péči podle konceptu bazální stimulace.

Panu V. S., 77 let, byl v červenci roku 2007 diagnostikován mnohočetný myelom, typ IgG kappa, klinické stadium III podle Durieho a Salmona. V době vykonávání ošetrovatelské péče podle koncepce bazální stimulace byl pacient již po podání několika cyklů chemoterapie a po radioterapii sternu. Na našem pracovišti byl hospitalizován od 22. září 2008 pro akutní enteroragii a kolapsové stavy, se stanovenou pracovní diagnózou „mnohočetný myelom – relaps onemocnění“. Při přijetí k hospitalizaci byl pacient plně orientovaný, bez dušnosti a zjevného krvácení. Spolupracoval s ošetřujícím personálem, ale cítil se velmi slabý. Již delší dobu má poruchu zraku – vidí jen obrysy – a chodí s bílou holí. Poslední dobou se mu zhoršil i sluch, proto používá naslouchadlo na jedno ucho.

Z dokumentace jsem zjistila, že se u pacienta od druhého dne po přijetí rozvinula zmatenost a dezorientace. Bylo třeba podávat utišující léky a ovoidní analgetika pro bolesti zad. Zároveň od druhého dne hospitalizace začala léčba chemoterapií a na separačním středisku naší kliniky byla provedena terapeutická výměnná plazmaferéza. V průběhu dalších dnů se rozvíjela zmatenost, pro kterou jsme byli nuceni zahájit farmakologické tlumení haloperidolem v kontinuální infuzi. Pro progredující zmatenost, dezorientaci a agresi bylo lékařem naordinováno zvýšení dávky tišících léků, použití popruhů a lůžkových zábran k zamezení poranění. Pacient měl zaveden CŽK ve femorální žíle a močový katétr, které se opakovaně snažil vytáhnout. K zajištění dostatečného příjmu potravy bylo nutno pacienta krmit.

Dne 1. Října 2008, kdy jsem u pacienta začala s péčí podle zásad bazální stimulace, byl nemocný upoután na lůžko, měl zábrany a byl utlumen tisíci léky. Reagoval na oslovení, ale pouze otevřením očí, které vzápětí zavíral, nebyl schopen samostatného cíleného pohybu, a to ani v rámci lůžka. Protože byl pečlivě polohován každé 2 až 3 hodiny, jeho kůže byla v dobrém stavu. Byl krmen a ranní toaleta probíhala na lůžku, bez aktivního pohybu pacienta. Byl velmi dezorientovaný, především v nočních hodinách.

Biografickou anamnézu jsem získala od manželky klienta. Pan V. S. po celý život pracoval ve výzkumném ústavu, má dvě dospělé děti, které pravidelně docházejí na návštěvu, stejně jako jeho manželka. Dozvěděla jsem se, že pan V. S. je zvyklý spát ,8 až 10 hodin a vstává obvykle v osm hodin ráno. Jeho denní rytmus je přibližně následující: posnídá vajíčka s rohlíkem, vlažné mléko, oholí se a umyje, poslouchá rádio, potom jde s manželkou na procházku. Po obědě opět poslouchá rádio nebo společně s manželkou hlídají vnoučata. Rád sleduje televizní vysílání, především dokumenty a zpravodajství. Zjistila jsem, že pan V. S. je zvyklý spát na boku a je mu jedno, jestli je to pravý či levý bok, že má velmi rád mléko a mléčné výrobky, které preferuje ve své každodenní stravě. Z vůní má rád levanduli a rozmarýn a mezi jeho záliby patří procházky, rádio a pobyty u moře. Manželka pana V. S. byla velmi aktivní při péči o pacienta a vždy vycházela vstříc ošetřujícímu personálu, nevěděla však, co si počít, protože by chtěla manžela domů, ale bála se, že péči o něj sama nezvládne.

První týden

Svoji péči jsem zahájila tím, že jsem si pro začátek zvolila iniciální dotek, a tento prvek bazální stimulace jsem vysvětlila pacientovi (opakovaně jsem mu jej názorně ukázala a zároveň slovně popisovala), jeho ženě i ostatnímu personálu. První den jsme pana V. S. posadili v lůžku a namazala jsem mu rohlík, který jsem mu dala do ruky. Věděla jsem, že pán byl do té doby krmen, ale zkusila jsem to. Záměr se vydařil, snědl rohlík bez mé pomoci a z hrnečku s násadou vypil bílou kávu. Následující dny jsem pak praktikovala tento způsob s nácvikem soběstačnosti a ke konci týdne jsme začali pana V. S. posazovat s nohama dolů z lůžka. Podle biografické anamnézy měl rád mléko,

ale po domluvě s manželkou jsme ponechali k snídani bílou kávu, kterou doma občas také k snídani míval. Následující dny jsem ho umývala uklidňující koupelí, kterou lze docílit stimulaci vnímání tělesného schématu a také redukci neklidných stavů a stavů dezorientace a neklidu. Pomocí této koupele lze také navodit s nemocným komunikaci a jeho celkové uvolnění.

Při koupeli jsem používala hygienické potřeby, které měl pan V. S. v kosmetické tašce. Zeptala jsem se ho, zda doma používá nějakou vůni, na tuto otázku mi odpověděl, že ne. Když jsem ho po koupeli jeho vůní, kterou měl v kosmetické tašce, pomazala, řekl mi, že si vzpomněl, že je to jeho oblíbená vůně, a následující dny tuto vůni sám očekával a vyžadoval. Po koupeli jsem vždy provedla masáž s vibračními prvky podporující dýchání, protože trpěl kašlem s expektorací. Tato masáž se mu velmi líbila. Pak jsem ho začala oblékat do pyžama. Do té doby měl pouze otevřenou košili (tzv. anděla). Po koupeli jsem vždy pana V. S. na chvíli uložila do polohy „hnízdo“ a k poslechu jsem mu pustila do sluchátek jeho rádio. Ve svém stolku měl rádia až tři. Jeho manželka mi pak sdělila, že je to jeho oblíbený předmět a nástroj komunikace. Do té doby nikdo nevěděl, že tyto předměty ve stolku má.

Po domluvě s lékařem jsme započali s rehabilitací, obvykle po odpočinku v poloze „hnízdo“. Po rehabilitaci jsem pana V. S. většinou zapoložovala na bok, ale vždy jsem zachovávala ohraničení jeho těla pomocí tzv. perličkových hadů a polštářů. K obědu jsme pacienta posazovali nejprve s nohama v lůžku, ke konci týdne měl nohy v poloze dolů z postele. Odpoledne byla s panem V. S. většinu času manželka, která mu vyprávěla, četla a povídala si s ním. Při komunikaci s ní byl částečně dezorientovaný, často si spojoval věty, které zaslechl od sester a lékařů, a ty spojoval s myšlenkami z minulosti. Manželce jsem vysvětlila polohování podle zásad bazální stimulace a jeho význam pro manžela a také jsem jí poskytla informace o pomůckách, které mi k této péči sloužily. Po dohodě s manželkou jsem pánovi večer vždy pustila televizní zprávy a nechala jej brzy usnout. V noci byl pacient stále výrazně zmatený, několikrát v noci spadl a stále dostával utišující léky. Popruhy k imobilizaci pacienta však v průběhu týdne přestaly být nutností a postačily

dvě postranice, přes které však často přelézal, protože se mu zdálo, že honí psa po zahradě.

Po prvním týdnu aplikace prvků bazální stimulace jsem zjistila zlepšení orientace, komunikace s okolím a úpravu režimu den – noc. Pacient se rovněž zlepšil v soběstačnosti. Při umývání byl aktivnější než na začátku týdne, snažil se i sám jíst. Tišící medikace byla vysazena již po prvních dvou dnech provádění bazální stimulace.

Druhý týden

Druhý týden jsem začínala povzbuzující koupelí, díky které má nemocný možnost vnímat vlastní tělo, zvyšuje se jeho svalové napětí a zároveň se zlepšuje úroveň jeho vědomí. Tato koupel se panu V. S. velmi líbila, stal se již aktivnějším, velmi mi pomáhal. Po koupeli a promazání těla proti směru růstu ochlupení jsem pokračovala v masáži stimulující dýchání. Nemocný v tuto dobu již aktivně seděl, nebylo třeba jej v lůžku přidržovat. Po krátkém odpočinku následovala vždy rehabilitace. Hned na začátku druhého týdne jsme pana V. S. s rehabilitační sestrou postavily na nohy a ušly s ním pár kroků. Po této vertikalizaci se podstatně zlepšil jeho stav. Přestal být zmatený a dezorientovaný, měl radost ze zlepšení, ale zároveň si moc nepamatoval, co se dělo v minulých dnech. Postupně jsme v doprovodu další sestry zvládli chůzi na toaletu a ke stolu k jídlu.

Na konci druhého týdne byl pan V. S. v doprovodu druhé osoby již schopen chodit po chodbě a zvládl i sprchu v doprovodu manželky a zdravotní sestry. Taktéž jsme nacvičovali udržování moči pomocí tzv. klemování (svorkou či peánem se zabrání odtoku moči močovou hadičkou do sběrného močového sáčku) a v důsledku pacientova pocitu nutkání na močení se lékař posléze rozhodl permanentní močový katétr zrušit.

Shrnutí

Po dvou týdnech jsem ošetrovatelskou péči podle zásad bazální stimulace u pana V. S. ukončila, protože se stal téměř soběstačným, potřeboval

jen malou pomoc při pohybu a hygieně. Manželka z tohoto zlepšení stavu měla velkou radost a nemocný byl již druhý den po ukončení bazální stimulace propuštěn do domácí péče. Jeho zdravotní stav na konci hospitalizace byl velmi uspokojivý, ke stolu i na toaletu došel sám, sám snědl připravené jídlo a s doprovodem zvládl hygienu ve sprše. Oddělení přešel několikrát tam a zpět pouze s hůlkou v jisticím doprovodu druhé osoby. V noci nepotřeboval žádnou zábranu, zvonil si o doprovod na toaletu, pokud jej k tomu sestry před spaním vyzvaly. Vzhledem k tomuto celkovému zlepšení mohla další léčba chemoterapií pokračovat v ambulantním režimu.

Efekt bazální stimulace byl u pana V. S. evidentní. Při její aplikaci se rychle zlepšil jeho zdravotní i psychický stav. Ostatní sestry mne v této péči podporovaly a v době mé nepřítomnosti navazovaly na péči alespoň základním polohováním s ohraničením těla. Panu V. S. jsem věnovala větší pozornost než ostatním pacientům, jsem však přesvědčena, že při zařazení bazální stimulace do běžné ošetrovatelské praxe by bylo vhodné, aby na jednu sestru připadali maximálně tři nemocní s podobným stupněm soběstačnosti. Pro mě osobně a celý tým sester i lékařů to byla nová zkušenost a poznání nové koncepce léčby. Všichni měli o metodu bazální stimulace zájem a byli překvapeni dosaženými výsledky.“ (Šváblová 2010: 63)

Příloha č. 15

Bazální stimulace a hyperbaroxie – základ úspěchu

„Večerní procházka v přímořském rekreačním centru Sharm el Sheiku na pobřeží Egypta. Rodinná idylka posledního dovolenkového dne. Náhle a nikým nečekáno se řítí auto. Srážka, křik, hrůza v očích těch, kteří vše viděli. Na chodníku zůstává ležet osmileté děvčátko.

Holčička byla převezena v bezvědomí do International Hospital. Glasgow Coma Scale bylo 5 až 8, hemiplegie. Základní vyšetření, dýchací cesty ani oxygenace nebyly zajištěny. Začaly tři dny vyřizování, telefonátů a strachu o život. Z Egypta převezla holčičku rakouská letecká záchranná služba do FN Brno na oddělení ARO. Během transportu byla na UPV, lékaři jí zavedli centrální žilní katétr.

Při přijetí lékaři stanovili tyto diagnózy: polytrauma, difúzní poranění mozku s následným anoxickým poškozením, ložiskové intracerebrální krvácení, subarachnoidální krvácení, fisura lebky, zlomenina pánve (horního a dolního raménka stydké kosti), zlomenina rádia a osteosyntéza levého předloktí, hemiplegie. Medikamentózní léčba: Meronem, Unasyn, Mycomax, Celaskon, magnesium, kalcium, Agapurin, Paxirazol, Nootropil, heparin, Paralen, Brufen, Coxtral, Multivitaminol, G 10%. Nazogastrickou sondou jí byla podávána výživa: Kabiven, Cubison, Nutrison Energy, Fresubin.

Po čtrnáctidenním pobytu byla přeložena na dětskou JIRP Městské nemocnice Ostrava ve stavu kóma vigile. Zornice byly izokorické, nereagující. Pacientka spontánně ventilovala s O₂ přes tracheostomickou kanylu (TSK). Měla zavedený centrální žilní katétr (CŽK) cestou véna subclavia l. Sin., nazogastrickou sondu a močový katétr. Měla sádrovou fixaci levé ruky a omezenou pohyblivost pánve. Na naše oddělení byla přeložena kvůli pobytu v hyperbarické komoře a bazální stimulaci.

Hyperbaroxie

Je to léčebná metoda spočívající v podávání kyslíku za podmínek zvýšeného atmosférického tlaku. Nabídka kyslíku je 15krát vyšší než při dýchání vzduchu za normálních podmínek. Rychlost zahájení a počet expozicí v hyperbarické komoře ovlivňuje úspěšnost léčby a zvyšuje šanci na úplné uzdravení. Pacientce jsme aplikovali 22 sezení v hyperbarické komoře.

Ošetrovatelská péče

Od prvního dne jsme prováděli bazální stimulaci se všemi jejími prvky. Somatickou, vestibulární, taktilně haptickou, auditivní, olfaktorickou a veškeré nástavbové prvky. Maminka se plně zapojila do ošetrovatelské péče a studovala veškeré dostupné materiály. I přes některé negativní reakce malé slečny ve své aktivitě nepolevila. Holčičce se postupně začal zlepšovat stav vědomí, měnil se pohled a výraz očí a začala komunikovat očima.

5. den jsme odstranili močový katétr. Z výrazu očí a obličeje jsme již dokázali poznat mikci.

9. den jsme mohli odstranit TSK a CŽK. K léčbě úrazových defektů a uzavírající se stomie jsme využívali účinků studeného světla pomocí přístroje Biostimul BS. Vysazováním do křesla, houpačky, kočárku a rehabilitací se zlepšila motorika. V rámci bazální stimulace umožňujeme i canis terapii a s příchodem psa na oddělení se objevil na tváři naší malé pacientky první úsměv.

Pohyblivost jazyka a polykací reflex jsme rozvíjeli orální stimulací štětičkou nebo prstem namočeným v Nutelle či jogurtovém mléce a intenzivně jsme rehabilitovali. Pomalu jsme zvyšovali příjem potravy NGS a zkoušeli jsme krmení speciální lžící nejdříve pochutinami, které nejsou výživné, ale jsou pro mlsný jazyk to pravé. Následoval nácvik sacího reflexu a pití. Brzy bylo možné podávat kašovitou a pak i tužší stravu.

17. den s přibývajícím chutím k jídlu bylo možné odstranit i poslední hadičku, NGS. Pomalu, hlavně při pobytu v hyperbarické komoře se rozvíjely řečové schopnosti.

20. den pacientka začala již cíleně otevírat ústa.

21. den zazněla v hyperbarické komoře první dvě nesrozumitelná slova.

22. den začala holčička šeptat slova, v následujících dnech i věty.

28. den jsme ukončili expozice v hyperbarické komoře a malá slečna nám předvedla, co všechno již zvládne: čte, počítá, s pomocí maminky jí a pije, jezdí ven a raduje se z každého nového dne. Úsměvem, drobnými pohyby a výrazem radosti vítá každou návštěvu, každou „blbinu“, kterou sestry vymyslí. Zdá se, že úraz nezanechal žádné závažnější mentální postižení, hybnost je také lepší, je však potřeba další dlouhodobé péče.

Závěr

Naše práce tímto skončila. Ač neradi, předali jsme ještě nechodící, ale reagující, smějící a radující se malou slečnu k dalšímu pobytu do rehabilitačního ústavu Chuchelná. Naše úmorná a mravenčí práce zase jednou přinesla úspěch a naději do dalšího života všem členům rodiny.

Na našem oddělení pracujeme tímto způsobem již od roku 2000. Počty dětí, u kterých byl ošetrovatelský proces veden v rámci konceptu bazální stimulace, jsou velké. Počty těch, kteří byli plně stimulováni, jsou vzhledem k lékařským diagnózám menší.

V roce 2006 bylo na JIRP při práci využito u 96 dětí konceptu bazální stimulace, z tohoto počtu bylo 15 dětí plně stimulováno. V roce 2007 bylo z celkového počtu 450 dětí ošetřováno tímto konceptem 68 dětí. Z tohoto počtu bylo 30 dětí plně stimulováno.“ (Bártová 2008: 34)

Příloha č. 16

Dotazník pro zařízení užívající koncept Bazální stimulace

Vážený pane/paní, prosím o vyplnění tohoto dotazníku za účelem vypracování mé diplomové práce týkající se využívání konceptu Bazální stimulace v zařízeních v sedlčanském regionu. Dotazník bude sloužit pouze k výzkumným účelům.

1. Jste?

a) muž

b) žena

2. Váš věk?

3. Kolik zaměstnanců pracuje ve Vašem zařízení v přímé péči s klienty?

4. Kolik z Vašich zaměstnanců má kurz Bazální stimulace?

5. Používáte koncept Bazální stimulace pravidelně ve Vašem zařízení?

a) ANO

b) NE

6. Jaké metody konceptu Bazální stimulace nejčastěji používáte?

.....
.....
.....

7. Jaké pomůcky při provádění bazální stimulace nejčastěji používáte?

.....
.....
.....

8. Myslíte si, že je užívání bazální stimulace pro klienty/pacienty přínosné?

a) ANO

b) NE

9. Zaznamenáváte nějaké nedostatky při práci s konceptem Bazální stimulace?

a) ANO,

.....

.....

b) NE

10. Plánujete proškolení všech zaměstnanců v přímé péči v konceptu Bazální stimulace?

a) ANO

b) NE

c) všichni naši zaměstnanci v přímé péči jsou proškoleni v konceptu Bazální stimulace

Otázka č. 11 je zodpovídána pouze v případě zaškrtnutí možnosti a) či b) u otázky č. 10.

11. Má/Mělo by Vaše zařízení dostatek financí pro proškolení všech zaměstnanců v přímé péči v konceptu Bazální stimulace?

.....

.....

.....

12. Vzdělávají se dále zaměstnanci ve Vašem zařízení v oblasti práce s konceptem Bazální stimulace?

a) ANO

Jakým způsobem?

- 1) samostudium, četba odborných publikací, časopisů
- 2) celoživotní studium
- 3) vysokoškolské vzdělání
- 4) navazující kurzy bazální stimulace
- 5) supervize týmu ohledně bazální stimulace

b) NE

Velice Vám děkuji za vyplnění dotazníku.

Funkce v zařízení:

Za zařízení:

Dne:

Příloha č. 17

Dotazník pro zařízení neužívající koncept Bazální stimulace

Vážený pane/paní, prosím o vyplnění tohoto dotazníku za účelem vypracování mé diplomové práce týkající se využívání konceptu Bazální stimulace v zařízeních v sedlčanském regionu. Dotazník bude sloužit pouze k výzkumným účelům.

13. Jste?

- a) muž
- b) žena

14. Váš věk?

15. Víte, co znamená koncept Bazální stimulace?

- a) ANO , je to.....
- b) NE

16. Kde si myslíte, že se dá bazální stimulace využít? (možno více správných odpovědí)

- c) nemocnice
- d) léčebna dlouhodobě nemocných
- e) psychiatrická léčebna
- f) zařízení sociálních služeb
- g) školská zařízení
- h) nikde ve výše uvedených

17. Proč koncept Bazální stimulace ve vašem zařízení nevyužíváte?

- a) z finančních důvodů
- b) není vzhledem k cílové skupině potřebná
- c) neznám tento koncept
- d) nemyslím si, že je koncept užitečný
- e) jiné

.....

18. Plánujete koncept Bazální stimulace v budoucnu začít užívat?

- c) ANO
- d) NE

Na tuto otázku odpovídají pouze ti, kteří zaškrtnuli v otázce č. 6 možnost a).

19. Jste ochotni zaplatit kurz Bazální stimulace všem Vaším zaměstnancům?

c) ANO

d) NE, pouze zaměstnancům

Na tuto otázku odpovídají pouze ti, kteří zaškrtnuli v otázce č. 5 možnost d).

20. Pokud si myslíte, že koncept Bazální stimulace není užitečný, z jakých důvodů?

.....
.....
.....

Velice Vám děkuji za vyplnění dotazníku.

Funkce v zařízení:

Za zařízení:

Dne: